

**PERIGOSO  
É O MANICÔMIO.**



**O que resolve**

**É O CUIDADO  
EM LIBERDADE!**

**RENILA**  
Rede Nacional Internúcleos  
da Luta Antimanicomial

**CONTRA O PL 1.637-A DE 2019  
(QUE INCORPOROU O PL 551/2024)**

Dossiê realizado pela RENILA  
março / 2025

O presente dossiê pretende subsidiar, tecnicamente, as discussões referentes ao Projeto de Lei (PL) 1.637-A/2019, aprovado na Câmara dos Deputados em dezembro de 2024 e que incorporou o PL 551/2024. O teor do Projeto compromete significativamente os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e em uso prejudicial de álcool e outras drogas. A matéria pode ser votada a qualquer momento no Senado Federal.

Este material, idealizado e organizado pela Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA) e seus núcleos estaduais, tem a finalidade de qualificar o debate e sustentar nosso posicionamento contrário ao que pretende o projeto, o qual, se aprovado, ocasionará graves retrocessos a décadas de luta pela garantia de direitos mínimos a essa população.

*“(...) há tantas formas de loucura quanto há de temperamentos entre as pessoas mais ou menos sãs, e os furiosos são exceção; há até dementados que, talvez, fossem mais bem transportados num coche fúnebre e dentro de um caixão, que naquele antipático almanjarra de ferro e grades”*

(Lima Barreto em uma de suas internações  
no Hospital Nacional de Alienados/RJ, 1919-20).

# SUMÁRIO

1.	O NASCIMENTO DO MANICÔMIO.....	7
1.1	O MANICÔMIO NO BRASIL.....	9
1.2	O MANICÔMIO JUDICIÁRIO: O PIOR DO PIOR.....	9
2.	CONCEITOS QUE LEGITIMARAM A EXISTÊNCIA DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E DO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO (HCTP).....	11
2.1	PERICULOSIDADE.....	11
2.2	INIMPUTABILIDADE.....	12
2.3	INCAPACIDADE.....	13
3.	COMO A JUSTIÇA TEM LIDADO COM AS PESSOAS EM SOFRIMENTO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI.....	15
3.1	MEDIDA DE SEGURANÇA.....	16
3.1.1	EXAME DE CESSAÇÃO DE PERICULOSIDADE.....	16
3.2	INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA.....	18
3.3	O QUE DIZ A PRÓPRIA LEGISLAÇÃO SOBRE A INTERNAÇÃO EM HCTP.....	19
4.	DADOS SOBRE OS HCTPs.....	21
4.1.	DA GRAVIDADE DOS DELITOS COMETIDOS.....	21
4.2	DA REINTERNAÇÃO.....	22
4.3	DOS DIAGNÓSTICOS MAIS COMUNS.....	22
4.4	DOS CRITÉRIOS DE RAÇA E COR.....	22
4.5	VIOLAÇÕES OCORRIDAS.....	23
5.	“PSICOPATIA”: CONTRIBUIÇÕES CRÍTICAS SOBRE O USO DO TERMO.....	24
5.1	O MITO DO PSICOPATA: VERSÃO CONTEMPORÂNEA DO MITO DE PERICULOSIDADE.....	24
5.2	O USO POPULAR E CORRENTE DO TERMO PSICOPATA: EQUÍVOCOS A ESCLARECER.....	25
5.2.1	O EQUÍVOCO RELATIVO AO USO DE CONCEITOS PSIQUIÁTRICOS E LEGAIS....	25
5.2.2	O EQUÍVOCO INTERNO À CONSTITUIÇÃO DOS CONCEITOS PSIQUIÁTRICOS E LEGAIS.....	26
5.3	PSICOPATAS IMPUNES: A MÁ FÉ DE QUEM É CONTRÁRIO AO FECHAMENTO DOS HCTPs.....	27
6.	A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA ANTIMANICOMIAL: DESCONSTRUINDO O MANICÔMIO.....	29

7.	A REDE SUBSTITUTIVA AO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: PROVANDO QUE O MANICÔMIO É DESNECESSÁRIO.....	32
8.	INICIATIVAS NA INTERFACE SAÚDE MENTAL E JUSTIÇA.....	36
8.1	PAI-PJ – PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE JUDICIÁRIO.....	36
8.2	PAILI – PROGRAMA DE ATENÇÃO AO LOUCO INFRATOR.....	37
8.3	OUTRAS INICIATIVAS.....	38
9.	A POLÍTICA ANTIMANICOMIAL DO PODER JUDICIÁRIO: FAZER CUMPRIR A LEI.....	39
9.1	A RESOLUÇÃO Nº 487/2023 DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ).....	39
9.2	A RESOLUÇÃO Nº 572/2024 DO CNJ.....	42
10.	PROJETO DE LEI 1.637-A DE 2019 (QUE INCORPOROU O PL 551/2024): BARBÁRIE E RETROCESSO NA SAÚDE MENTAL.....	43
11.	CONCLUSÃO.....	46
12.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47

# 1. O NASCIMENTO DO MANICÔMIO

A lepra surgiu como problema para a sociedade a partir da Idade Média (séculos V ao XIV – 401 a 1.400) e a resposta encontrada na época foi a criação de leprosários que não estavam destinados a suprimi-la ou tratá-la, mas sim a mantê-la distante. Até o final das Cruzadas (ano 1.272), os leprosários tinham se multiplicado por toda a Europa, chegando a haver 19.000 deles.

Ao final da Idade Média (século XIV – 1301 a 1400), a lepra (como uma questão social) foi desaparecendo do mundo ocidental, seja como resultado da segregação ocorrida, seja pela ruptura com os focos orientais de infecção, com o fim das Cruzadas, deixando sem utilidade os leprosários. O que ocupou o lugar da lepra, quase dois séculos depois (meados do século XVII), foi o fenômeno da loucura.

No Renascimento (séculos XV e XVI – 1501 a 1600), nada de hospital ou de prisão para o louco: ele vivia solto, era um errante, às vezes expulso das cidades, frequentemente vagava pelos campos, entregue a comerciantes, peregrinos ou marinheiros. Por meio da literatura ou pinturas da época é possível supor que cada cidade aceitava tomar conta apenas dos loucos que eram seus cidadãos, escorraçando aqueles que não conhecia.

A partir do final do século XV na Europa, a crise no campo, o advento da manufatura e o conseqüente declínio dos ofícios artesanais trouxeram aos trabalhadores do campo e artesãos enormes dificuldades. Nada mostra melhor o problema enfrentado nesta época de transição que o fato de que as cidades se enchiam de “desocupados”, “mendigos” e “vagabundos”, enquanto se experimentava escassez de mão-de-obra. Só em Paris, nessa época, estimava-se em mais de 80.000 a população de “mendigos”.

Empreendeu-se em toda a Europa a repressão à mendicância, à vagabundagem e à ociosidade, voluntária ou não, com o argumento de proteger a cidade contra os distúrbios que podiam ser causados pelos ociosos. Exatamente em 1656, Luís XIV criou em Paris uma instituição chamada Hospital Geral, que apesar do nome, não se referia a uma instituição médica, de tratamento, mas a uma estrutura situada entre a polícia e a justiça.

Por ordem do rei ou do juiz, o internamento sumário (sem processo, nem julgamento) em casas de correção ou similares, tornou-se uma prática absolutamente corriqueira para os desviantes sociais da época: prostitutas, homossexuais, devassos, blasfemos, mágicos, feiticeiros, alquimistas, libertinos, doentes venéreos, desempregados, ociosos, baderneiros e...os loucos. Foi o chamado Grande Enclausuramento. Inicialmente um grupo heterogêneo que acabou se agrupando e se transformando em um mundo homogêneo. Por que pessoas tão diferentes foram endereçadas para o mesmo destino?

Foi uma época em que o homem acreditava muito no poder da razão. Eram considerados “desatinados” não apenas aqueles que hoje são conhecidos como pessoas em sofrimento psíquico, mas qualquer indivíduo considerado diferente e que não seguisse os hábitos e costumes que a sociedade identificava como “racionais”. Para a opinião da época, todas estas pessoas tinham uma coisa em comum: elas haviam, por vontade própria, abandonado a razão. Percebe-se, então, que a separação feita na época entre loucura e razão não é médica, mas sim moral.

O fenômeno do Grande Enclausuramento nestes chamados hospitais gerais ou casas de correção não se limitou a Paris ou à França, mas atingiu toda a Europa. E não somente estatal, pois a igreja também passou a organizar estabelecimentos de reclusão. De cada cem habitantes da cidade de Paris, pelo menos um viu-se trancado nestas casas de internamento.

A partir da Revolução Francesa de 1789, com o ideário “igualdade, fraternidade e liberdade”, surge o movimento de críticas e denúncias contra as internações arbitrárias de quase toda aquela população, assegurando que um cidadão só poderia ser privado de sua liberdade caso tivesse transgredido uma lei. Tal regra passou a valer para todos os cidadãos, com uma única exceção: os loucos, que continuaram presos, porém agora num lugar destinado exclusivamente para eles – a saber, o manicômio.

Entretanto, torna-se diferente a ideia que a sociedade tinha da loucura. Se antes se pensava que os loucos, assim como os libertinos e os “vagabundos”, eram pessoas culpadas pelos seus erros e que mereciam a prisão, agora mudam de nome: passam a ser chamados de “alienados” e, como tais, não mais são considerados culpados por seus erros, porque, segundo esta nova concepção, a loucura ou alienação ocorreria justamente quando a pessoa perde a capacidade de ser culpada, ou seja, quando ela, mesmo sem querer, já não é dona de si. À essas pessoas restaria a continuidade da internação nos manicômios, mesmo contra sua vontade: para o seu bem, para que pudessem ser “tratadas”.

Mas esta é uma mudança que ocorre só de fachada, pois o dito tratamento consistia em castigar os alienados quando, supostamente, infringissem as regras do manicômio. Pensava-se assim: “esta pessoa está louca porque perdeu a faculdade de distinguir o certo do errado; se toda vez que ela errar e receber um castigo, vai aprender novamente o que é certo e errado, e vai aprender a sentir culpa pelos seus erros. Quando for capaz de sentir culpa novamente, é porque está curada e pode sair do manicômio, pois tornou-se uma pessoa livre”. Paradoxalmente, os loucos não eram culpados, por que incapazes de sentir culpa; mas seriam castigados assim mesmo, para aprender a senti-la.

Ora, como as pessoas nunca melhoravam com este “tratamento” – chamado de tratamento moral –, o que acabava acontecendo é que ninguém nunca saía do manicômio. Na verdade, a ideia que embasava a existência do manicômio é a de que quem é louco não tem nenhuma responsabilidade, e só “na marra”, só pelo uso da força e do – castigo poderiam adquiri-la novamente.

Com o nascimento do manicômio, nasce também a psiquiatria – e tendo os alienados concentrados em locais específicos para eles, à disposição, os psiquiatras passam a “estudá-los”, a classificar e diagnosticar. No século XIX, com o avanço da medicina em diversas áreas, a psiquiatria começa a julgar que a loucura é uma doença e os loucos (ou alienados) passam a ser chamados de doentes mentais.

Muda-se, também, o nome “manicômio” para “hospital psiquiátrico”. Mas, no fundo, nada muda: o tratamento era só internação e o castigo era a regra, só que disfarçado. Mantém-se a ideia que é alicerce do manicômio: a palavra do “doente mental” não vale nada, não importa o que ele diz. Quem fala por ele é a família, os vizinhos, a polícia e, sendo assim, deve-se aprisioná-lo, mesmo que contra sua vontade. Essa lógica perdurou até muito recentemente – e ainda persiste em instituições fechadas até hoje existentes.

## 1.1 O MANICÔMIO NO BRASIL

As primeiras instituições psiquiátricas do país surgiram em meio a um contexto de proteção da sociedade contra pessoas que, por serem loucas, eram automaticamente consideradas perigosas e, em nome da ordem e da paz social, deveriam ser afastadas do convívio em sociedade.

Em 1.841, na mesma data da coroação de Pedro II como imperador, foi inaugurado o “Hospício de Pedro Segundo” (Decreto nº. 82/1.841), anexo ao terreno da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. O decreto foi emitido pelo próprio imperador que desejou criar um “estabelecimento de beneficência” para marcar o dia de sua coroação. Em 1.852, inaugurou-se, em terreno próprio naquele mesmo estado, o “Hospício Nacional de Alienados Pedro II”, com capacidade para internação de 350 pessoas. A legislação da época mencionava que os internos deveriam ser mantidos em vigilância constante para evitar “perigos de alteração e distúrbios”.

Os próximos a serem inaugurados foram: em 1884, o Hospício São Pedro, em Porto Alegre/RS; em 1898, o Asilo de Alienados do Juqueri, em Franco da Rocha/SP; em 1903, o Hospital Colônia de Barbacena, em Barbacena/MG e tantos outros. Todos reproduziam, até muito recentemente quando foram fechados, a privação da liberdade como única abordagem oferecida, a violência como prática, a anulação do sujeito e a violação de todos os direitos de cidadania.

## 1.2 O MANICÔMIO JUDICIÁRIO: O PIOR DO PIOR

O nascimento da instituição conhecida como manicômio judiciário ocorreu na prisão de Broadmoor, Inglaterra, em 1870, período bastante próximo ao surgimento das prisões e da psiquiatria.

No Brasil, a primeira menção expressa ao manicômio judiciário é datada de 1903, por meio do Decreto nº 1.132 do Distrito Federal, que proibia o encarceramento conjunto de alienados e criminosos e determinou a criação de manicômios judiciários ou criminais, visando garantir a separação entre loucos criminosos e criminosos.

Da previsão legislativa até a efetiva criação do manicômio judiciário decorreram quase 16 anos, pois somente em 1919 foi inaugurado o primeiro estabelecimento do Brasil e da América Latina destinado especificamente aos tidos como loucos infratores: o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro. Sua direção era comandada pelo mesmo psiquiatra que chefiava a “Seção Lombroso” do Hospital Nacional de Alienados, no Distrito Federal (RJ).

O Código Penal de 1940 traz noções como a inimputabilidade, as medidas de segurança e os laudos de cessação de periculosidade, organizando a forma pela qual os loucos que cometeram ato infracional seriam recebidos e mantidos nos Manicômios Judiciários, e justificando em novos termos seu encaminhamento para estas instituições, como veremos mais adiante.

Com a reforma do Código Penal em 1984, ocorrida juntamente à criação da Lei de Execução Penal (Lei nº. 7.210, de 11 de julho de 1984 – LEP), os manicômios judiciários passaram a ser chamados de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs).

O art. 99, parágrafo único, da LEP prevê que o HCTP deve obedecer às estruturas arquitetônicas de uma penitenciária. Assim, os HCTPs seguem o modelo do estabelecimento penal mais rigoroso do sistema penitenciário brasileiro, destinado ao cumprimento de pena privativa de liberdade em regime fechado. Além disso, na maioria dos estados, a administração desses espaços fica a cargo da pasta da segurança pública, e não à da saúde, o que nos faz concluir que os HCTPs, por princípio, padecem de uma natureza francamente ambígua: nada mais são que estabelecimentos prisionais, voltados ao modelo punitivo e excludente, e não ao tratamento dos indivíduos, já que são dotados de celas, contam com equipes de segurança, além de se localizarem em local afastado dos centros urbanos (arts. 88 e 90 da LEP).

Tal ambiguidade, que acompanha o manicômio judiciário desde sua origem, não se dissipou com o passar do tempo, e persiste até os dias de hoje, nos obrigando a questionar: “onde devem estar os doentes que cometeram crimes? Se são doentes, por que permanecem em locais que priorizam a ideologia carcerária e têm um funcionamento muito mais próximo de uma penitenciária do que de um serviço de saúde?”

São questões fundamentais, assim como outras, que ficaram secularmente sem respostas até o surgimento dos movimentos sociais ligados à luta antimanicomial e seus parceiros e a aprovação de normativas nacionais e internacionais sobre a temática, dentre elas a Lei de Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001) e, finalmente, a Resolução do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) nº. 487/2023.

## 2. CONCEITOS QUE LEGITIMARAM A EXISTÊNCIA DO HOSPITAL PSQUIÁTRICO E DO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO (HCTP)

### 2.1 PERICULOSIDADE

No século XIX, o psiquiatra e criminologista Cesare Lombroso (1835–1909), criou a chamada Escola Positiva, que se pautava na ideia de que existiam criminosos natos, que eram assim considerados por possuírem características físicas e/ou psíquicas tidas como inferiores: formato assimétrico da cabeça, cor de pele não branca, uso de tatuagens, insensibilidade à dor, uso de gírias, pessoas consideradas “anormais”, etc.

Esta concepção permitiu o surgimento da noção jurídica de presunção de periculosidade, por meio da qual até mesmo pessoas que nunca cometeram infração alguma poderiam ser privadas de liberdade, se fossem consideradas perigosas, pois as características de suas personalidades indicariam uma tendência a cometer crimes. O Código Penal brasileiro de 1940, inspirado no Código italiano do governo fascista de Mussolini, apresenta vários traços dessa concepção nefasta.

Em 1984, quase meio século depois de sua edição, o Código Penal de 1940 foi alterado pela Lei nº 7.209, e a presunção de periculosidade e suas consequências, se não mais se aplicam a todas as pessoas, são mantidas no que diz respeito às pessoas em sofrimento mental que cometem infrações penais.

Como se verá mais adiante, a pessoa em sofrimento mental que, no momento do cometimento de um crime, não possuía consciência de sua ilicitude, é considerada inimputável, ou seja, a ela não se imputa uma pena, já que não tinha condições psíquicas de entender o caráter ilícito do ato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

No entanto, aplicam-se a ela os princípios da presunção de periculosidade: deve cumprir medidas de segurança por tempo indeterminado, por ser considerada potencialmente perigosa. Quando cumprida em regime fechado nos HCTPs, como frequentemente acontece, esta pessoa somente recupera sua liberdade por meio de um laudo que constate que não mais oferece perigo à sociedade (intitulado de laudo de cessação de periculosidade), assinado por um psiquiatra e avalizado por um juiz.

O cumprimento da medida não diz respeito à gravidade do ato cometido, mas sim à presunção de periculosidade do agente – ou seja, um critério inteiramente arbitrário. O louco infrator não tem, como o preso comum, um período máximo preestabelecido para sua permanência no HCTP, tampouco a possibilidade de redução do período e, não havendo, portanto, previsão de retorno à sociedade.

O que deveria ser um tratamento destinado àqueles/as que cometeram um crime sem a consciência do ato praticado, como veremos, acaba apenas seguindo a lógica aplicada desde o fenômeno do Grande Enclausuramento do século XVII: a do isolamento e da punição.

Percebe-se, portanto, que, além de o conceito ser pautado em premissas racistas e higienistas, não há indicadores precisos para se considerar um agente perigoso ou não mais perigoso (no caso do laudo de cessação de periculosidade), o que revela a fragilidade do próprio conceito de periculosidade em sua origem, já que, entendido de forma genérica como uma propensão ao cometimento de crimes, poderia em princípio ser aplicado a qualquer pessoa. A mesma fragilidade se estende ao laudo de cessação de periculosidade, pois não há como um especialista, por mais capacitado que seja, prever que uma pessoa (em sofrimento psíquico ou não) não mais oferece qualquer risco à sociedade.

## 2.2 INIMPUTABILIDADE<sup>1</sup>

A figura do inimputável provém do direito penal e significa a capacidade que uma pessoa tem de entender um ato como criminoso e de ser por ele responsabilizado.

Como inimputáveis, o art. 26 do Código Penal (CP) descreve “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”, ou seja, se no momento do ato considerado criminoso, a pessoa com transtorno mental não tinha capacidade de entendê-lo como tal, a ele não deve ser aplicada uma pena, mas sim um tratamento.

Assim, o que define se uma pessoa deve ou não receber uma pena pelo cometimento de um ato considerado criminoso não é seu diagnóstico, mas sua capacidade de entendimento no momento do ato. Uma pessoa diagnosticada com esquizofrenia, por exemplo, pode cometer um crime consciente do ato, e neste caso a ela poderá ser aplicada uma pena. Por outro lado, se essa mesma pessoa comete o ato em um momento de crise, de ruptura com a realidade, a ela não deve

---

<sup>1</sup> Em que pese o conceito de inimputabilidade ser utilizado também com relação a crianças (de 0 a 12 anos incompletos) e adolescentes (de 12 a 18 anos incompletos), cujas regras seguem a lógica das medidas socioeducativas (determinadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei nº. 8.069/90 - e pelo Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase) - Lei nº. 12.594/12), neste documento nos deteremos à sua aplicação no campo do direito penal e da loucura.

ser aplicada uma pena, pois, “ao tempo da ação era inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”, ou seja, era inimputável.

Dessa forma, uma vez constatada a inimputabilidade do agente no momento do ato, deverá ser absolvido (art. 386, VI, do Código de Processo Penal - CPP). Ocorre que, ainda que reconhecida a absolvição, o art. 97 do CP determina que lhe seja aplicada a medida de segurança. Portanto, como veremos, embora não seja considerado responsável ou culpado por seu ato, o louco inimputável na verdade é punido ainda mais severamente do que se o fosse.

## 2.3 INCAPACIDADE<sup>2</sup>

Foi na área do direito civil que se deu um dos primeiros encontros entre a loucura e a medicina. Desde o império romano, há pouco mais de dois mil anos, já se previa, por exemplo, que se um pai de família começasse a dilapidar todo o patrimônio, a família teria o direito de pedir que um médico o examinasse; e se o médico dissesse que esta pessoa sofria das faculdades mentais, ela podia ser interditada, ou seja, impedida de exercer o direito civil de dispor dos próprios bens.

O Código Civil (CC) brasileiro de 1916 se referia às pessoas em sofrimento mental como “loucos de todo o gênero”, e os considerava absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil, igualando-os aos menores de dezesseis anos e aos surdos-mudos que não conseguem expressar sua vontade. Ou seja, incapazes de tomar decisões e praticar atos do dia-a-dia, tais como casar-se, receber e gerir vencimentos (sua pensão, por exemplo), vender ou comprar bens, dentre outros.

Para a prática desses atos, a regra estabelecia que a pessoa em sofrimento psíquico precisava ser representada por terceiros, com os quais muitas vezes sequer possuía vínculos. Era necessário passar por um procedimento judicial que recebia o título de “interdição”, por meio do qual seu “responsável” (que recebe o nome de curador) passava a poder decidir e assinar atos da vida civil em seu nome.

A pessoa interditada tinha direito a uma defesa genérica e muitas vezes sequer era ouvida pelo juízo, que decidia sobre a interdição com base em documentos simples do pretense curador e em atestado e perícia unicamente médica. Embora exista, até os dias de hoje, a obrigatoriedade de o curador prestar contas ao Ministério Público dos atos patrimoniais da vida da pessoa interditada, na prática essa obrigação nem sempre era efetivamente cumprida ou fiscalizada de forma rigorosa.

---

<sup>2</sup> Embora o conceito de incapacidade seja utilizado também com relação a crianças (de 0 a 12 anos incompletos, consideradas absolutamente incapazes pelo Código Civil) e adolescentes (de 12 a 18 anos incompletos, que a partir de 16 anos completos são consideradas relativamente incapazes pelo Código Civil), neste documento nos deteremos à sua aplicação aos maiores de 18 anos.

Não eram poucos os relatos de donos de hospitais psiquiátricos que, nomeados como curadores de diversos pacientes, recebiam benefícios previdenciários em seu nome sem que lhes fosse feito o repasse devido.

O novo Código Civil de 2002, apesar de retirar a expressão “loucos de todo o gênero” e a substituir por “pessoas com enfermidade ou deficiência mental que não tiverem o necessário discernimento para a prática dos atos da vida civil” mantém a ideia da incapacidade absoluta para as pessoas em sofrimento mental.

O que irá transformar radicalmente essa compreensão, será a **Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. Assinada pelo Brasil em 2008, foi o primeiro tratado de direitos humanos a ser incorporado pelo Brasil com força de emenda constitucional. Isso significa que todos os direitos por ela assegurados são constitucionais, ou seja, estão acima de qualquer outra lei e para serem alterados, precisam passar por um processo legislativo bastante rígido (art. 60, §2º, da Constituição Federal – CF).

As mudanças trazidas pela Convenção foram tão importantes que originaram a Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº. 13.146/2015 – LBI), também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência. A LBI, que entrou em vigor em 2015, alterou diversos artigos do Código Civil que diziam respeito às pessoas com deficiência, incluindo as pessoas em sofrimento psíquico, que de absolutamente incapazes passaram a ser consideradas plenamente capazes (art. 84 da LBI).

A interdição das pessoas em sofrimento psíquico passou a ser medida excepcional e transitória, sendo cabível apenas em casos específicos que devem ser analisados de maneira detalhada pelo juízo e somente quando a figura da tomada de decisão apoiada (art. 1.783–A do CC) não se mostrar suficiente.

A interdição passa a ser possível única e exclusivamente em casos que envolvam direitos de natureza patrimonial e negocial (arts. 84 e 85 da LBI). Para que o imóvel de uma pessoa curatelada possa ser vendido, por exemplo, é necessário que o curador ingresse com pedido de autorização judicial para que o Ministério Público verifique se seu interesse está sendo preservado.

O curador passa, então, a ter poderes limitados e o que era regra passa a ser exceção: a pessoa com transtorno mental é hoje considerada plenamente capaz de praticar atos do dia-a-dia (casar-se, tratar-se, assinar termo de consentimento, etc.).

# 3. COMO A JUSTIÇA TEM LIDADO COM AS PESSOAS EM SOFRIMENTO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

## 3.1 MEDIDA DE SEGURANÇA

No Brasil, a ideia de uma medida destinada a pessoas com suposta propensão ao cometimento de crimes não existia no sistema penal até 1940, de modo que os códigos criminais do Império e o republicano sequer se referiam à ideia de periculosidade.

Em 1940, com o advento do Código Penal brasileiro (CP), editado sob a ditadura de Getúlio Vargas, as medidas de segurança foram incorporadas ao ordenamento jurídico nacional. Inspirado no Código Penal italiano de 1930 – editado durante o governo fascista de Benito Mussolini –, as medidas de segurança tinham como pressuposto a prática de um crime e a periculosidade do agente, não se restringindo ao “doente mental”.

Adotava-se, para os presumidamente perigosos, o sistema do duplo binário – vigente à época –, que previa a imposição sucessiva da pena e da medida de segurança, em consequência do mesmo fato.

As alterações do Código Penal feitas em 1984 substituíram o sistema de duplo binário, vigente até então, para o sistema vicariante, segundo o qual só é possível a imposição de pena ou de medida de segurança em consequência de um fato criminoso. Ou seja: ou a pessoa recebe pena ou medida de segurança.

Incluídas também nas novas mudanças, as medidas de segurança passaram, então, a se restringir ao inimputável e semi-imputável, em razão de “doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado” (texto do art. 26 do CP). Desta forma, embora se reconheça que não há critérios objetivos na lei para que uma pessoa seja considerada perigosa, a presunção de periculosidade se mantém, mas aplicável apenas aos inimputáveis – como vimos, àqueles que não possuíam, no momento da ação considerada criminosa, condições psíquicas de entender o fato como tal.

As medidas de segurança são, portanto, sanções penais aplicáveis aos loucos<sup>3</sup>, ou seja, severas punições impostas aos loucos infratores, embora não sejam juridicamente consideradas como penas.

---

<sup>3</sup> As medidas de segurança foram assim definidas pelo STF no julgamento de Recurso Ordinário em Habeas Corpus (RHC) nº. 86888/SP.

A realidade imposta ao “louco infrator” se parece com a da prisão, mas é ainda mais violadora: enquanto o preso “comum” possui uma pena preestabelecida, ou seja, sabe quanto tempo ficará preso, podendo alcançar a redução da pena enquanto a cumpre, ao considerado louco é destinada somente a prisão, a saber, o cumprimento de medida de segurança (no HCTP): sem período máximo de permanência (art. 97, §1º, do Código Penal – CP) e, portanto, sem possibilidade de redução do período e sem previsão de retorno à sociedade.

Há duas espécies de medida de segurança dispostas no Código Penal (arts. 96 a 99): **1)** internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; **2)** sujeição a tratamento ambulatorial.

Para o agente inimputável, no entanto, a lei estabelece como regra a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (art. 97, primeira parte, do CP), podendo o juízo decidir pelo tratamento ambulatorial se o fato previsto como crime for punível com detenção<sup>4</sup> (art. 97, segunda parte, do CP).

Aqui reside mais uma problemática, pois, embora o agente seja considerado inimputável (isento de pena), de acordo com o Código Penal, a decisão sobre sua internação ou tratamento ambulatorial fica atrelada ao tipo de crime cometido: se o fato previsto como crime era punível pelo CP com prisão, ao indivíduo caberá a internação em HCTP; se punível com detenção<sup>4</sup>, poderá (e não deverá, ou seja, a avaliação, ainda assim, fica a critério do juízo) receber tratamento ambulatorial.

Na prática, a ordem judicial primeiro determina o recolhimento dos indivíduos pelo Estado, e apenas depois, com a instauração do incidente de insanidade mental, a pessoa, já privada de sua liberdade, passará por uma avaliação médica psiquiátrica. Dependendo dessa avaliação, se a pessoa for considerada inimputável, ela será submetida ao cumprimento de medida de segurança – e, se esta medida for a internação, ela poderá, como vimos, ser privada de sua liberdade sem que haja um período máximo preestabelecido.

### 3.1.1. Exame de Cessação de Periculosidade

A cessação de periculosidade do indivíduo em medida de segurança é averiguada por meio de perícia médica psiquiátrica que recebe o nome de Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade (EVCP). Ela é realizada por perito vinculado ao sistema de justiça.

Embora as medidas de segurança tenham prazo de duração indeterminado, há um prazo mínimo para seu cumprimento: de um a três anos (art. 97, §1º do CP). Esse prazo é estabelecido pelo juízo na sentença que determina o cumprimento da medida.

---

<sup>4</sup> A detenção é determinada inicialmente em crimes de menor gravidade e é cumprida em regime semiaberto ou aberto.

O EVCP ocorre apenas após o prazo mínimo fixado pelo juízo e, não sendo constatada pelo perito psiquiatra a cessação de periculosidade, o indivíduo continuará cumprindo a medida até que, após um ano, o exame seja refeito.

Aqui reside mais uma das inúmeras incongruências das medidas de segurança: se o agente é considerado isento de pena e a ele é determinado um tratamento pela condição psíquica que possuía no momento do fato considerado criminoso, não há que se falar em prazo mínimo estabelecido pelo judiciário para o cumprimento da medida, muito menos em condicionar a sua extinção a um laudo unicamente médico. Se é uma medida de tratamento, cabe ao sistema de saúde a definição e acompanhamento.

O enfoque deve estar pautado no indivíduo e na sua recuperação, e não na suposta periculosidade a ele atrelada (conceito bastante questionável, como vimos). Por isso, condicionar a liberdade de um indivíduo a um exame médico que constate que ele não oferece perigo à sociedade implica na capacidade de se prever o comportamento futuro do sujeito submetido à medida de segurança, o que é humanamente impossível.

Não é à toa que o Ministério da Saúde editou a [Portaria nº. 94/2014](#) para instituir o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, vinculado à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e que é composto pela Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP).

Dentre outras atribuições importantes (art. 4º da Portaria), a EAP pode realizar avaliações biopsicossociais, considerando, por meio de uma abordagem multidisciplinar – e não unicamente médica – aspectos físicos, mentais e culturais do indivíduo, a fim de orientar a adoção de medidas terapêuticas, preferencialmente de base comunitária, a serem implementadas de acordo com o Projeto Terapêutico Singular (PTS) da pessoa em cumprimento de medida de segurança.

Essa equipe tem uma função conectora entre o sistema de justiça, o de saúde, a rede socioassistencial, a família do indivíduo e a sociedade e, diferente do/a perito/a vinculado ao sistema de justiça, nomeado anualmente para a realização do EVCP, a EAP acompanha rotineiramente não somente o indivíduo em cumprimento de medida de segurança, mas todo seu entorno.

Dessa forma, é fundamental que haja um fortalecimento da atuação da EAP em todo o território nacional, garantindo que a avaliação da cessação de periculosidade, questionável por si só, seja substituída por uma construção integrada entre saúde e justiça

## 3.2 INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

A Lei nº. 10.216/01 define três modalidades de internação: voluntária (com o consentimento da pessoa), involuntária (sem o consentimento da pessoa, a pedido de terceiro e realizada por um médico) e compulsória. Para todas elas, é requerido laudo médico circunstanciado, expedido por médico devidamente registrado junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM) do estado onde ocorrerá o internamento.

Com relação à internação compulsória, o art. 9º da Lei 10.216/01 estabelece que é aquela determinada pelo juiz competente, de acordo com a legislação vigente.

Embora defendamos que, pela interpretação do artigo em conjunto com a legislação vigente, ela só poderia ocorrer em casos de medida de segurança, na prática o judiciário utiliza-se do termo “determinada por juiz competente” para obrigar o Poder Público a internar pessoas em sofrimento psíquico que não necessariamente tenham sido consideradas inimputáveis em instituições asilares, especialmente as que fazem uso de álcool e outras drogas, contrariando o art. 23–A da **Lei de Drogas** (Lei nº. 11.343/2006).

Mesmo nos casos de medida de segurança, a determinação de internação compulsória em HCTP é incompatível com a Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, cujo texto possui força de norma constitucional, como veremos. Isso porque, dentre os princípios trazidos pelo tratado internacional, consta a participação e inclusão efetiva de pessoas com transtorno mental na sociedade (art. 3º). No art. 19, “b”, dispõe sobre o acesso dessas pessoas a uma variedade de serviços domiciliares, residenciais e de apoio da comunidade, incluindo a assistência pessoal necessária para apoiar a vida e inclusão na comunidade e prevenir o isolamento ou segregação. Especificamente em relação à privação de liberdade, a Convenção dispõe que o Estado deve assegurar que essa população goze do direito à liberdade, não sendo dela privadas ilegal ou arbitrariamente; e que a existência de deficiência não justifique a privação de liberdade.

O texto da Convenção vem reafirmar e reforçar o que já dizia a Lei da Reforma Psiquiátrica: o isolamento e a segregação não são métodos terapêuticos aconselháveis.

Importante mencionar que o Comitê da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência produziu um relatório parabenizando o Estado brasileiro por ter incorporado a Convenção em sua Constituição Federal. No mesmo documento, deixa clara, no entanto, a sua preocupação com relação à privação de liberdade muitas vezes por tempo indefinido de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei

Por isso, recomendou que o Brasil revogasse as legislações pertinentes, para abolir a prática da internação forçada dessa população, e fornecesse alternativas de tratamento baseado na comunidade.

Não há como fugir à conclusão de que a medida de segurança como é prevista e tem sido aplicada, está em desconformidade com as normativas atuais sobre o tema.

### 3.3 O QUE DIZ A PRÓPRIA LEGISLAÇÃO SOBRE A INTERNAÇÃO EM HCTP

Vale lembrar que a norma que insere a medida de segurança no Código Penal é datada de 1984 (Lei nº. 7.209/84). Em 1990 foi promulgada a Lei do SUS (Lei nº. 8.080/90), que traz o cuidado em saúde como direito humano fundamental (art. 2º), baseado em princípios como o da integralidade da assistência à saúde em todos os níveis<sup>5</sup>, da preservação da autonomia das pessoas e da proteção integral de seus direitos humanos, especialmente no que diz respeito à identificação de maus-tratos e negligência (art. 7º).

Em 2001, houve a edição da Lei nº. 10.216 (Lei da Reforma Psiquiátrica), que veda a “internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares<sup>6</sup>” (art. 3º, § 3º) e estabelece que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (art. 4º). Prevê, ainda, que “a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado” (art. 6º).

Em 2008, tivemos, também, a incorporação da **Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência** à Constituição Federal Brasileira, que obriga o país a “modificar ou revogar leis, regulamentos, costumes e práticas vigentes, que constituírem discriminação contra pessoas com deficiência (art. 4, item 1, “b”) e determina que a existência de deficiência não justifica a privação de liberdade (art. 14)<sup>7</sup>.

Continuando nossa linha do tempo, em 2011, como veremos mais abaixo, foi criada efetivamente uma rede intersetorial (**Portaria nº. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**), que une diferentes saberes e setores – como saúde, assistência, educação – em sua composição, para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico.

E em 2015, a **Lei Brasileira de Inclusão** trouxe mudanças significativas com relação à capacidade das pessoas com transtorno mental, declarando que não podem ser obrigadas a se submeter a tratamento ou a institucionalização forçada (art. 11).

Ora, o hospital de custódia é uma instituição asilar, o que por si só deveria afastar a possibilidade de internação de pessoas em sofrimento psíquico em suas dependências. Ainda que não fosse, como veremos, há recursos extra-hospitalares específicos para o cuidado dessa população, que deveriam ser acionados imediatamente à verificação de que um crime foi cometido por pessoa

---

<sup>5</sup> O atendimento deve ser abrangente, considerando as diversas necessidades de saúde do indivíduo e assegurando que essas necessidades sejam atendidas de maneira coordenada e contínua, em todos os momentos e estágios do cuidado. Isso envolve a integração de todos os serviços e níveis de atenção à saúde, garantindo uma abordagem sem fragmentação, seja no âmbito da atenção básica, especializada ou hospitalar.

<sup>6</sup> Asilar é todo tratamento desprovido de assistência integral, o que inclui serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros e que não assegure os direitos estabelecidos no art. 2º da Lei 10.216/01.

<sup>7</sup> A Convenção estabelece que pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (art. 1).

que não tinha condições psíquicas de entendê-lo. Além disso, como verificaremos mais abaixo, são inúmeras as constatações de maus tratos e violação de direitos ocorridas nesses espaços.

Ademais, a internação, que deveria ocorrer como última medida nos espaços criados para tanto, deve obedecer à avaliação prévia de uma equipe multidisciplinar. Isto não ocorre na prática, já que, em regra, a pessoa primeiro é internada para depois ser submetida a um exame feito apenas pelo psiquiatra (bastante questionável, diga-se de passagem) para verificar sua “sanidade mental”.

Assim, com base no que prevê a Convenção mencionada, há muito tempo deveria o legislativo ter revogado os artigos do CP que diziam respeito à internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, o que não foi feito. A alteração agora proposta, como observaremos adiante, é completamente contrária ao que determina todo o conjunto de legislações mencionadas.

## 4. DADOS SOBRE OS HCTPs

O único censo já produzido a respeito da população carcerária com transtorno mental em conflito com a lei no Brasil foi o realizado em 2011 pela antropóloga e pesquisadora Débora Diniz, que publicizou a histórica condição de invisibilidade de pessoas internadas em HCTPs<sup>8</sup>.

De acordo com o [Censo dos Hospitais de Custódia](#), havia 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs) no país, localizadas em presídios ou penitenciárias, totalizando uma população de 3.989 indivíduos<sup>9</sup>.

Em 2023, [dados da Secretaria Nacional de Políticas Penais \(Sisdepen\)](#) a população internada nesses espaços no país era de 2.315 pessoas.

### 4.1. DA GRAVIDADE DOS DELITOS COMETIDOS

Em 2015, o Relatório [Inspeções aos manicômios](#), realizado em 18 unidades do país<sup>10</sup>, demonstrou que apenas 11.76% das instituições visitadas contavam com internos submetidos à medida de segurança por delitos considerados graves, verificando-se que a maior parte (47,06%) dos HCTPs contava com internos “condenados” pelo cometimento de delitos de menor potencial ofensivo, sem justificativa legal, já que deveriam receber a medida de segurança de tratamento ambulatorial, segundo a lei e o entendimento do próprio Superior Tribunal de Justiça (STJ)<sup>11</sup>.

Dados de 2024, levantados pela pesquisa [Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com Lei no Brasil: Itinerários Jurídicos e Portas de Saída](#)<sup>12</sup>, realizada por encomenda do CNJ ao CEBRAP (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento) em 7 HCTPs do país, demonstram que, mesmo após a edição da Resolução 487 do CNJ, em todas as unidades foram encontradas pessoas internadas nesses espaços pelo cometimento de infrações de menor potencial ofensivo, tais como ameaça, dano, desacato, desobediência, falsa identidade, fraude processual, injúria, resistência, violação de domicílio.

---

<sup>8</sup> Diniz, 2013.

<sup>9</sup> Idem.

<sup>10</sup> As inspeções foram realizadas nos estados de PE, BA, RJ, RS, GO, PA, AP, SC, PB, MS, AL, ES, RN, MT, SE, AM/RR, PI e MA.

<sup>11</sup> Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/Juiz-pode-escolher-tratamento-ambulatorial-para-inimputavel-acusado-de-crime-punivel-com-reclusao.aspx>

<sup>12</sup> Cebrap e CNJ, 2024.

## 4.2 DA REINTERNAÇÃO

De acordo com dados da mesma pesquisa (2024), no que diz respeito à reinternação devido ao cometimento de novo ato considerado criminoso, identificou-se uma taxa de 14,11%, percentual inferior à taxa de reincidência criminal legal no Brasil, que é de 24,04%<sup>13</sup>.

## 4.3 DOS DIAGNÓSTICOS MAIS COMUNS

O Censo de 2011 identificou, também, que os diagnósticos mais comuns encontrados nesses espaços eram o de esquizofrenia (42% possuíam dos homens e 38% das mulheres), seguido de retardo mental<sup>14</sup> (16% dos homens e 13% das mulheres) e de sofrimento devido ao uso problemático de álcool e outras drogas (11% dos homens e 14% das mulheres). Do total da população, apenas 5% dos homens e 8% das mulheres possuíam diagnóstico de transtorno de personalidade.

A pesquisa realizada em 2024 demonstra que a realidade permanece a mesma: na Paraíba e na Bahia os diagnósticos mais encontrados nos HCTPs são os de esquizofrenia e retardo mental; no Rio Grande do Sul os de esquizofrenia e, em segundo lugar, os transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas; sendo que em São Paulo, os transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas ocupam o primeiro lugar, seguidos da esquizofrenia. Apenas no Pará prevalecem os transtornos de personalidade, seguidos do retardo mental.

## 4.4 DOS CRITÉRIOS DE RAÇA E COR<sup>15</sup>

O Censo de 2011 constatou que pretos e pardos somavam 44% da população internada nos HCTPs em 2011, e em 2024 a pesquisa CEBRAP constatou a predominância de homens adultos, entre 30 e 49 anos de cor preta/parda.

Em 2018, o [Relatório da Pastoral Carcerária de São Paulo](#) (estado com a maior população do país internada nesses espaços), verificou que a população internada nos manicômios judiciais era “formada majoritariamente por pessoas negras, pobres e residentes de áreas periféricas, havendo uma enorme semelhança com o perfil da população do sistema prisional”, o que revela, mais uma vez, que “tais instituições se somam às demais unidades penitenciárias na função de gerir amplos contingentes populacionais marginalizados socialmente”.

---

<sup>13</sup> IPEA, 2015.

<sup>14</sup> Nomenclatura utilizada pela Categoria Internacional de Doenças (CID).

<sup>15</sup> Classificação utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

## 4.5 VIOLAÇÕES OCORRIDAS

Em 2009, o documentário [A Casa dos Mortos](#), dirigido também pela antropóloga e pesquisadora Débora Diniz, denuncia o funcionamento de um HCTP da Bahia. Seu funcionamento, entretanto, não é exceção.

Inspeções realizadas em 2015 (Relatório [Inspeções aos manicômios](#)) verificaram que, nas 18 unidades inspecionadas<sup>16</sup>, 61,11% pessoas cumpriam medida de segurança em celas. Em sete dos dezessete manicômios pesquisados, havia superlotação, que variava de 110% a 410% da capacidade de vagas instaladas.

O documento constatou, ainda, casos de isolamento de pacientes com HIV no Pará e no Amapá. Quanto à estrutura física, foi constatada enorme precariedade. A maioria das unidades possuía chuveiros insuficientes com acesso apenas à água fria; os internos não possuíam acesso sequer à válvula de descarga dos banheiros, que era acionada três vezes ao dia por funcionários do local. A regra geral era a utilização de um buraco no chão para as necessidades fisiológicas. Os uniformes concedidos aos pacientes se encontravam sujos e em todas as unidades visitadas, a limpeza era igualmente precária, sendo que o cheiro dos ambientes foi relatado como “repugnante”.

O documento [Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional](#) verificou a existência de paredes mofadas, pacientes sem camas, deitados apenas no colchão, outros deitados em camas de beliche, inadequadas para o espaço, tendo em vista o risco de queda para pessoas que fazem uso de medicação. O fornecimento de água para consumo era insuficiente, sem o fornecimento de copos para consumo individualizado. Os pacientes denunciaram práticas de castigo, tortura e agressões por parte das equipes de segurança, inclusive no que diz respeito a contenções mecânicas feitas sem necessidade e de forma violenta.

A pesquisa do CEBRAP levantou que nenhuma decisão judicial determinando a internação nos HCTPs pesquisados, mencionou os critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde Mental, em desconformidade com o previsto pela Lei n. 10.216/2001 em relação à internação de pessoas com transtorno mental.

Nos estados em que esta pesquisa foi realizada, inclusive, constatou-se que parcela significativa (42,89%) das pessoas permanece internada por períodos entre três e dez anos, extrapolando o limite mínimo estabelecido pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ)<sup>17</sup>. Mesmo nos casos em que o laudo psiquiátrico indica a saída do indivíduo do HCTP, 30% das pessoas permanecem internadas por mais de cinco meses, com 12,5% desse grupo mantido por mais de um ano.

---

<sup>16</sup> Nos estados de PE, BA, RJ, RS, GO, PA, AP, SC, PB, MS, AL, ES, RN, MT, SE, AM/RR, PI e MA.

<sup>17</sup> No ano de 2015, 31 anos após a alteração do Código Penal, o Superior Tribunal de Justiça sedimentou, na Súmula 527, o entendimento de que a duração da medida de segurança deve se vincular ao limite máximo abstratamente previsto para o crime.

# 5. “PSICOPATIA”: CONTRIBUIÇÕES CRÍTICAS SOBRE O USO DO TERMO

## 5.1 O MITO DO PSICOPATA: VERSÃO CONTEMPORÂNEA DO MITO DE PERICULOSIDADE

A psicopatia é uma nomeação que perpetua a lógica de periculosidade propagada por Lombroso na segunda metade do século XIX, a partir de uma leitura equivocada sobre o sofrimento psíquico. Tal leitura privilegia certos aspectos e traços que são próprios a todos os seres falantes, quaisquer que sejam seus diagnósticos, e deixa de lado aspectos que poderiam favorecer um tratamento possível, resultando em impotência terapêutica.

O mito do psicopata é a versão contemporânea do mito de periculosidade que tenta fazer subsistir a ideia de que o manicômio é necessário, fundamentando-se na concepção errônea de que não haveria outra possibilidade para esses casos, que são assim considerados “intratáveis”. De acordo com essa leitura, o uso de psicofármacos e terapia teriam efeitos limitados, e a indicação de internação em manicômio passa a ser uma regra.

O transtorno de personalidade antissocial do DSM tem sido utilizado como sinônimo de psicopatia, a partir de uma leitura que visa encaixar o sujeito em uma classe, ao preço de deixar de fora os elementos que apontam para a singularidade de seu sofrimento psíquico e que permitiriam orientar um tratamento (Gomes, 2020). De acordo com a psicanalista francesa Marie-Hélène Brousse (2014), a nomeação de psicopata corresponde a um sonho neurótico. Trata-se do sonho de resolver o problema do mal, localizando no outro o mal que cada ser falante porta consigo. Seria o sonho de que alguns são intrinsecamente “bons” e outros são intrinsecamente “maus”. É um sonho que “resolve” o problema do mal porque é inadmissível reconhecer o mal que existe em nós mesmos, mas é perfeitamente plausível apontar o mal no outro. Sigmund Freud, pai da psicanálise, descobriu, em 1920, que há uma opacidade irreduzível e ineliminável em cada um dos seres falantes que habitam o planeta Terra. O sonho de resolver essa questão da opacidade, do mal próprio aos seres falantes, levou à construção do mito de periculosidade que teve início há mais de 200 anos. E renasce hoje com o conceito de psicopatia. Nos 24 anos de existência do PAI–PJ, encontramos várias pessoas diagnosticadas como psicopatas/portadoras de transtorno de personalidade antissocial. Em todos esses casos, sem exceção, foi possível ofertar uma escuta ao sujeito e acolher o modo de tratamento possível a cada um, sem contar com os dispositivos de segregação manicomiais, com a inserção na RAPS do território de origem.

## 5.2 O USO POPULAR E CORRENTE DO TERMO PSICOPATA: EQUÍVOCOS A ESCLARECER

Uma discussão racional e objetiva da questão das pessoas em sofrimento mental que cometem atos infracionais exige, dentre outros esclarecimentos, algumas considerações sobre o uso popular e corrente do termo “psicopata”.

O uso deste termo para definir/diagnosticar pessoas com problemas mentais incuráveis que as tornam más e perigosas incorre em dois tipos de equívocos graves. Um destes tipos diz respeito ao desconhecimento do significado do termo na atual terminologia diagnóstica da psiquiatria e suas implicações legais. O outro tipo diz respeito à constituição mesma do discurso psiquiátrico, enquanto marcado historicamente pelo mito de periculosidade do sofrimento mental.

### 5.2.1 O Equívoco Relativo ao Uso de Conceitos Psiquiátricos e Legais

Começemos pelo primeiro tipo de equívoco. O termo “personalidade psicopática”, divulgado pelo psiquiatra Kurt Schneider em meados do século XX, designava certas disposições anormais de personalidades que, todavia, não são consideradas mórbidas, ou seja, não seriam “doenças mentais” como as esquizofrenias, por exemplo. Elas se dividiam em vários tipos, dentre os quais “inseguros”, “depressivos”, “abúlicos”, “insensíveis”, “explosivos”, não sendo pois, enquanto categoria clínica, necessariamente associados à periculosidade. Dentre eles, apenas os “insensíveis” seriam “pessoas quase destituídas de compaixão, vergonha, arrependimento, consciência”. Ora, com a popularização do termo “personalidade psicopática”, esta categoria, que incluía vários tipos, passou a ser aplicada, no uso corrente, apenas aos chamados “insensíveis” de Kurt Schneider (1965).

À medida em que as categorias diagnósticas foram reformuladas nas novas Classificações Internacionais de Doenças, os CIDs (Classificações Internacionais de Doenças) e novas versões dos DSMs (Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais), o antigo termo “personalidades psicopáticas” foi substituído por “transtornos de personalidade”. Estes transtornos incluem alguns tipos de personalidade já descritos por Schneider, incluindo outros. Os antigos “insensíveis” do autor passaram a ser chamados de personalidades antissociais, ou dissociais, caracterizados pela indiferença e insensibilidade, desrespeito às regras e obrigações sociais, incapacidade de experimentar culpa, baixa tolerância à frustração (Dalgalarrodo, 2019).

É certo que esta descrição, tanto outrora como hoje, relaciona-se à noção de periculosidade, que abordaremos na segunda parte deste texto. No entanto, sem entrar ainda no mérito da questão, duas observações são importantes a partir deste breve resumo. Primeiro: termos como “psicopatia”, “personalidade psicopática”, “psicopata”, já não são usados em psiquiatria; o

termo atual e tecnicamente correto é, como vimos, “transtornos de personalidade”. Segundo, e mais importante para a nossa discussão: o fato de que uma pessoa apresente tais características e receba tal diagnóstico não a torna inimputável, ou seja, ela é considerada capaz de responder por seus atos, e, portanto, pode ser julgada e receber pena caso cometa ato infracional. Inimputáveis são apenas aquelas pessoas que cometem atos infracionais quando se encontram em quadro de sofrimento mental grave e agudo – que inclui, por exemplo, delírios, alucinações e outros sintomas graves, ausentes nos atualmente chamados transtornos de personalidade.

Sendo assim, nada mais tolo e Ignorante, do ponto de vista estritamente psiquiátrico, que a afirmação segundo a qual o fim dos manicômios judiciais irá encher as ruas de perigosos “psicopatas”. Se há pessoas insensíveis, incapazes de culpa e arrependimento, que constantemente transgridem as regras sociais – quer as chamemos de “personalidades dissociadas”, ou, mais simplesmente, de canalhas, elas não estão em manicômio algum. Elas estão entre nós, infringindo leis de maneira oculta e calculada, muitas delas ganhando fortunas ilícitas, e ocupando altos cargos nos sistemas econômico, político e judiciário.

## 5.2.2 O Equívoco Interno à Constituição dos Conceitos Psiquiátricos e Legais

A questão mais importante, todavia, não diz respeito ao uso equivocado dos conceitos psiquiátricos e legais; nós o indicamos aqui sobretudo para apontar o seu desconhecimento por parte daqueles que o empregam ao dizer que os manicômios estão cheios de psicopatas.

O mais importante é que, mesmo se fizéssemos um uso tecnicamente correto de definições como “transtorno de personalidade dissocial”, tais definições estão muito longe de traduzir a realidade clínica e política que está em causa, quando lidamos com pessoas em sofrimento mental, seja qual for o seu diagnóstico.

A história da constituição da disciplina psiquiátrica é fortemente marcada pela noção de periculosidade, e, com ela, pela confusão estabelecida, ao classificar as formas de sofrimento mental, entre as características clínicas destas diferentes formas e suas características morais. Foucault (1978) nos aponta como as primeiras tentativa de classificação da loucura se baseavam essencialmente em traços morais, como se vê por seus nomes: loucura avarenta, loucura invejosa, loucura iracunda, e assim por diante, chegando até 16 categorias diferentes, todas elas acompanhadas de um adjetivo moralmente pejorativo. Até o final do século XIX, ainda se falava em “loucura moral”. Embora nunca comprovada pela experiência clínica, é antiga e arraigada a identificação entre loucura e atributos depreciativos, como maldade, insensibilidade, frieza, incapacidade de arrependimento – periculosidade, em suma.

Ora, uma coisa são os atributos morais de uma pessoa – boa ou má, justa ou injusta – e outra coisa bem distinta são os traços que caracterizam as formas de sofrimento psíquico que toda e

qualquer pessoa – boa ou má, justa ou injusta – pode vir a apresentar. A psiquiatria contemporânea tenta desfazer esta confusão, por dar-se conta que, caso pretenda ser uma ciência, não pode fundar-se num discurso moral; sendo, todavia, uma disciplina cujas bases científicas são muito discutíveis, ela não consegue desvencilhar-se das velhas origens. A persistência do transtorno de personalidade dissocial, como diagnóstico atribuído a pessoas indiferentes e insensíveis, mostra bem como permanece viva a confusão entre classificação diagnóstica e qualificação moral.

Uma clínica antimanicomial deve, definitivamente, romper com tais categorias, e quaisquer outras relacionadas ao mito de periculosidade. Sim, um mito! Pois as pessoas realmente perigosas não são aquelas cujas ideias e condutas bizarras as fazem sofrer e tantas vezes já resultaram em sua exclusão social, pela internação em manicômios. Para as pessoas que realmente representam perigo, por sua ganância, ausência de compaixão e inescrupulosidade, não cabe nenhum diagnóstico psiquiátrico; basta a devida punição legal por seus atos.

No mais, seguimos, enquanto trabalhadores da saúde mental, cuidando das pessoas que sofrem de forma intensa – sejam elas simpáticas ou antipáticas, bem ou mal comportadas, imputáveis ou inimputáveis; quer estejam cumprindo medida de segurança ou cumprindo pena. Se sofrem mentalmente, devem ser tratadas com respeito e dignidade, sejam quais forem nossa avaliação moral a seu respeito, ou as medidas legais que lhes são aplicadas.

No caso das pessoas que cometeram ato infracional em quadro psíquico agudo e grave, e são consideradas inimputáveis, legalmente não se aplica a pena, e sim o cumprimento das chamadas medidas de segurança, cuja duração não é determinada previamente, mas depende da evolução clínica de cada uma. Este termo não nos agrada, pois contém em si mesmo uma presunção de periculosidade; mas, enquanto ainda vigora, defendemos que estas pessoas cumpram tais medidas em regime de liberdade, recebendo o tipo e a intensividade dos cuidados necessários a cada caso na Rede de Atenção Psicossocial, como preconiza a Resolução n. 487, de 15 de fevereiro de 2023, do Conselho Nacional de Justiça.

### 5.3 PSICOPATAS IMPUNES: A MÁ FÉ DE QUEM É CONTRÁRIO AO FECHAMENTO DOS HCTPs

Aqui reside um dos pontos essenciais para a descaracterização da suposta periculosidade das pessoas internadas em instituições como os HCTPs.

Além das considerações já realizadas (que nos fazem questionar a própria existência do conceito de periculosidade), e os índices apresentados (que demonstram que o transtorno de personalidade antissocial – popularmente conhecido como “psicopatia” – não compõe o principal diagnóstico da população internada nos HCTPs), é imprescindível entendermos que, de forma técnica, “psicopatas” sequer poderiam estar nos HCTPs.

Isso porque, como vimos, para que a medida de segurança seja decretada, é necessário que o indivíduo, no momento do ato considerado criminoso, seja inteiramente incapaz de entendê-lo como crime (art. 26 do CP). Portanto, pratica o ato num lapso, numa ruptura com a realidade. Não o planeja, não organiza o ato.

É o caso, por exemplo, de Almerindo, relatado no documentário [A Casa dos Mortos](#), que teve sua internação em HCTP decretada porque, num momento de rompimento com a realidade, atirou uma pedra em direção a um indivíduo que passava de bicicleta pela rua, ocasionando uma lesão corporal de natureza leve.

Almerindo sequer conhecia o sujeito. Não passou horas planejando atirar a pedra nele. Atirou-a num momento de desconexão com a realidade, o que caracteriza a sua incapacidade de entender o caráter ilícito do fato. O mesmo não se aplica ao dito “psicopata”, já que possui mecanismos psíquicos que lhe permitem planejar o ato e, por isso, ter consciência de sua ilicitude.

É o caso, por exemplo, de Suzane von Richthofen, Elize Matsunaga, Maníaco do Parque, dentre outros episódios midiáticos ocorridos no país. Por terem capacidade plena de planejar e entender a ilicitude de seus atos, a eles não foi decretada medida de segurança, mas a prisão comum. O próprio manual utilizado como base para caracterizar um indivíduo como “psicopata” (DSM-5) estabelece que “com frequência, enganam e manipulam”.

Ora, o sujeito que “engana e manipula”, é capaz, necessariamente, de planejar o ato, o que só é possível de forma intencional, a partir de mecanismos psíquicos que, por si só, afastam a inimputabilidade do agente.

Por isso, não se sustenta, na prática, o discurso de que pessoas perigosas estão nesses espaços e que, por isso, eles não podem ser fechados.

## 6. A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA ANTIMANICOMIAL: DESCONSTRUINDO O MANICÔMIO

Com o nascimento dos manicômios, já comentado nas páginas iniciais deste Dossiê, a história segue e durante todo o século XIX e parte do século XX, assistência é sinônimo de internação em hospício. A psiquiatria julga avançar muito, encontra nomes e classifica várias formas de loucura, mas tratamento...só internação.

Com a II Grande Guerra, alguns psiquiatras começaram a se preocupar com a reforma dos hospitais psiquiátricos, procurando lidar com os internos de uma forma mais humana, e criando novas formas de tratamento, como as psicoterapias de grupo.

Nos anos 50, são descobertos os psicotrópicos que até hoje usamos para tratar o sofrimento mental grave. O discurso que imperava e, ainda impera, é que iria resolver o problema da loucura. Ajudou em muitos casos, prejudicou em outros, mas resolver, não resolveu.

Então, continuou-se tentando reformar o hospital. No final dos anos 50, na Inglaterra, psiquiatras como Laing e Cooper, revoltados com a desumanidade destes lugares, resolveram criar a antipsiquiatria: achavam que a psiquiatria era uma falsa ciência, prometendo cura e trazendo apenas piora. Então, eles passaram a coordenar uma das enfermarias num grande hospital de Londres, onde a lógica do trabalho era completamente diferente: os pacientes participavam da gestão da enfermaria, assumiam verdadeiras responsabilidades lá dentro. Foi uma experiência revolucionária, mas mesmo assim os pacientes ficavam internados muito tempo, e o hospital como um todo continuou do mesmo jeito, pressionando esta enfermaria diferente a voltar a ser como as outras.

Também nesta época, e nos anos 60, surgem nos EUA e na França experiências importantes. Algumas pessoas resolveram trabalhar não só com outro modo de tratar os pacientes, mas fazendo isto não em enfermarias, mas em serviços abertos – muitas vezes do lado dos hospitais, como os hospitais-dia, mas propondo distinguir-se deles. Esta foi uma experiência muito importante, porque ensinou técnicos e usuários a conviver de fato de uma outra maneira, fora do ambiente hospitalar. Mas esta experiência teve e tem limites sérios. Primeiro: estes serviços não pensavam em substituir, e sim em complementar o hospital psiquiátrico. Estes serviços não atendiam crises. Segundo: eles não eram planejados para atender toda a população, mas apenas para um pequeno número de pessoas; então a maioria continuava internada do mesmo jeito. Terceiro: estes serviços não faziam uma verdadeira abertura para o mundo, não criavam saídas para os seus pacientes; eram como ilhas, agradáveis sim, mas isoladas.

Com a experiência de Franco Basaglia e sua equipe, em Trieste, na Itália, nos anos 70, é que começa a acontecer algo de verdadeiramente novo: desmontar progressivamente os hospitais, implantar serviços abertos para atender crises, para toda a população, criar oportunidades de trabalho, favorecer a troca e o convívio entre a cidade e o chamado louco.

No Brasil, a partir de meados dos anos 60, já na ditadura militar, num movimento de privatização da saúde e internação em massa da população em hospitais psiquiátricos, ocorre o que se denominou como a “indústria da loucura”. Financiados pelo poder público, cem mil leitos psiquiátricos estavam em funcionamento na década de 70 (mais leitos psiquiátricos do que clínicos e pediátricos juntos) e sua grande maioria em hospitais privados conveniados, gerando o segundo maior gasto com internações, com média de permanência de 100 dias. A assistência prestada por estes hospitais se revelava pelo número elevado de mortes, pela cronificação e abandono e pelo lucro exorbitante dos proprietários destes.

Começam a surgir notícias vindas da Itália sobre fechamento de hospitais psiquiátricos, e sobre uma lei aprovada a respeito desse assunto e em 1979, o psiquiatra italiano, Franco Basaglia, idealizador do movimento da Psiquiatria Democrática, é convidado a participar do III Congresso Mineiro de Psiquiatria. A vinda de Basaglia foi revolucionária. Toda a imprensa nacional dá destaque às suas visitas ao Hospital Colônia de Barbacena identificado por ele como “campo de concentração” e ao Hospital Psiquiátrico Galba Veloso (BH) como “casa de torturas”.

A partir daí, as denúncias se avolumam. O jornalista Hiram Firmino publica, no jornal Estado de Minas, uma série de reportagens intitulada “Nos porões da loucura” e o cineasta Helvécio Rattón filma em Barbacena “Em nome da Razão”.

Mesmo com todas essas denúncias, o número de hospitais psiquiátricos continuava a crescer, assim como a violação de direitos humanos. Não havia sido criada, no Brasil, nenhuma outra forma de tratar os pacientes fora dos hospitais e inexistiam organizações de pacientes e familiares, os principais interessados a participar e exigir seus direitos.

A transformação real, radical e necessária acontece mesmo com o surgimento de um movimento social, em um encontro na cidade de Bauru, São Paulo, em 1987, intitulado Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, com um lema “Por uma sociedade sem manicômios”, um dia comemorativo, o 18 de maio, um modelo assistencial radicalmente substitutivo aos hospitais psiquiátricos e com um investimento da forma mais ousada e criativa possível na mudança do olhar que a sociedade tinha sobre a loucura e os loucos. Uma proposta de legislação nacional também é apresentada à Câmara de Deputados, conhecida com a Lei Paulo Delgado, que foi finalmente aprovada como a Lei 10.216/ 2001. Inúmeras leis estaduais, com teor semelhante, foram elaboradas e aprovadas. Decisivos também, para o início da Reforma Psiquiátrica Brasileira, dentro do processo de redemocratização do país, foram a convocação da Constituinte de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir de 1989, com a vitória nas gestões municipais de partidos de esquerda iniciam-se inúmeras experiências antimanicomiais na saúde mental, sendo a cidade de Santos, SP, o primeiro grande exemplo de mudança. E ao longo dos anos modificou-se o perfil da atenção em saúde mental na maior parte das cidades brasileiras.

Do ponto de vista da organização da luta antimanicomial era preciso garantir e qualificar a participação dos usuários e também das famílias para que eles, principais interessados, pudessem, juntamente com os técnicos, garantir os seus direitos. E em 1993, aconteceu em Salvador, na Bahia, o Primeiro Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, com todo o coletivo. Já não era um congresso de técnicos mais era, e é, uma coisa muito maior! O segundo foi em Belo Horizonte (1995), o terceiro em Porto Alegre (1997), o quarto em Maceió (1999) e por aí foi. Inúmeras associações de familiares e usuários e amigos e técnicos da luta antimanicomial foram criadas em diversos municípios e estados brasileiros.

Transcorridos esses anos, desde o início de sua constituição, e apesar da necessidade ainda de estender a cobertura dos serviços substitutivos, de qualificá-los e financiá-los adequadamente, é inegável que a Reforma Psiquiátrica Brasileira, apoiada pelas entidades antimanicomiais, é uma das mais respeitadas, singulares e ousadas políticas públicas de nosso país, ao propor a ruptura com o pensamento e a instituição tida como insubstituível e oferecer um novo lugar para as pessoas em sofrimento mental e em uso abusivo de álcool e outras drogas para habitar e viver em sociedade.

## 7. A REDE SUBSTITUTIVA AO HOSPITAL PSQUIÁTRICO: PROVANDO QUE O MANICÔMIO É DESNECESSÁRIO

A partir da década de 1990, a substituição dos hospitais psiquiátricos foi sendo feita progressivamente, com a implantação de uma rede de cuidados pública, ampla, territorializada, comunitária, diversificada, em condições de atender às pessoas em sofrimento mental e em uso prejudicial de álcool e outras drogas, em seus diferentes momentos e necessidades, constituindo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), consonante com os princípios da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e do Sistema Único de Saúde (SUS).

A RAPS foi instituída pela Portaria MS nº 3.088/2011, e destacaremos alguns de seus pontos de cuidado:

**1. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS):** regulamentados pela Portaria MS nº 336/2002 e com valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica brasileira, os CAPS caracterizam-se como serviços de saúde de porta aberta à comunidade, funcionando segundo a lógica do território, com equipe multiprofissional diversificada para atender às necessidades de saúde mental da população, em especial os casos graves e persistentes, incluindo os decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, sejam em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. Divididos em modalidades de serviços e porte, complexidade e abrangência populacional, são definidos como:

**1.1. CAPS I:** Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados às necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes;

**1.2. CAPS II:** Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes;

**1.3. CAPS i:** Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas, e outras situações

clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.

**1.4. CAPS ad (Álcool e outras Drogas):** Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes;

**1.5. CAPS III:** Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS ad, possuindo até 05 (cinco) leitos para acolhimento noturno. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes;

**1.6. CAPS ad III (Álcool e Drogas – Redefinido pela Portaria Nº 130/2012):** Atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com sofrimento psíquico intenso e necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos de hospitalidade para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes.

2. **Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT):** instituídos pela Portaria MS nº 106/2000, são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP), que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.
3. **Programa De Volta Para Casa:** criado pela Lei nº. 10.708/2003 e que provê auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas em sofrimento mental egressos de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. Seu principal objetivo é promover a emancipação social dos beneficiários. Atualmente o valor do benefício, reajustado em 2024, é de R\$755,00.
4. **Enfermaria especializada ou leitos em hospital geral para atenção às pessoas em sofrimento mental e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas,** em especial em casos de abstinência e intoxicações graves. A internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica, sendo regulada pelo CAPS de referência.
5. **Centros de Convivência e Cooperativas (CECCO):** estratégicos para a inclusão social, e onde são oferecidos oferecendo espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade..

6. **Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em conflito com a Lei (EAP Desinst):** Instituída pela Portaria GM/MS Nº 4.876/2024 tem o objetivo de apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Dentre suas principais atribuições:

6.1. Realizar avaliações diagnósticas e apresentar proposições fundamentadas na Lei nº 10.216/2011 e nos princípios da RAPS, orientando a adoção de ações terapêuticas, preferencialmente de base comunitária, a serem implementadas segundo um Projeto Terapêutico Singular – PTS;

6.2. Subsidiar os serviços de referência das redes SUS e SUAS na elaboração do PTS, envolvendo, sempre que possível, a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e suas referências familiares e comunitárias, visando à construção de corresponsabilização no cuidado e ao estabelecimento de condutas terapêuticas articuladas em rede;

6.3. Acompanhar a execução da medida terapêutica, atuando como conector entre os órgãos de justiça e as equipes de saúde em estabelecimentos penais e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania, garantindo a oferta de acompanhamento integral, resolutivo e contínuo;

6.4. Contribuir para o processo de desinstitucionalização de pessoas que cumprem medida de segurança ou com transtorno mental em conflito com a lei em instituições penais ou hospitais de custódia, articulando-se às equipes de saúde desses estabelecimentos, quando houver.

7. Além dos serviços/dispositivos de saúde supracitados, a RAPS engloba ainda as **Unidades Básicas de Saúde (UBS)**, os **Consultórios de Rua**, as **Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti)** que substituíram, pela Portaria MS nº635/2023, NASFs, as **Unidades de Acolhimento**, iniciativas de geração de trabalho e renda.

Sobre os CAPS, o Ministério da Saúde publicou em 2024 dados atualizados sobre sua composição, totalizando 3.019:

Composição do CAPS na Rede de Atenção Psicossocial	
Centros de Atenção Psicossocial	Unidades
CAPS I	1.522
CAPS II	528
CAPSi	324
CAPS III	146
CAPS AD	338
CAPS AD III	158
CAPS AD IV	3
TOTAL	3.019

Fonte: SAÚDE MENTAL EM DADOS - 13ª Edição - 2024 - DESMAD/Ministério da Saúde

Mesmo reconhecendo a necessidade de qualificação e expansão da RAPS, de um financiamento adequado para seu funcionamento, todos esses pontos de cuidado, quando articulados no território, formam uma rede potente de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Por fim, destacamos que o principal objetivo da RAPS é a promoção do cuidado em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis da saúde mental, cujas diretrizes baseiam-se no respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas, provendo sua reabilitação e a reinserção na sociedade.

# 8. INICIATIVAS NA INTERFACE SAÚDE MENTAL E JUSTIÇA

## 8.1 PAI-PJ – PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE JUDICIÁRIO

O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG), acompanha pessoas em situação de sofrimento psíquico que cometeram ilícito penal, incluindo pessoas consideradas inimputáveis que receberam a sentença de medida de segurança. O trabalho do Programa é realizado por equipe interdisciplinar composta por psicólogos, assistentes sociais e assistentes jurídicos que realiza o acompanhamento sistemático, por meio de atendimentos e discussões de caso, visando promover a inserção em tratamento territorializado, conectando os vários setores envolvidos na atenção a esses casos, incluindo o sistema de justiça, os dispositivos de tratamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a família (quando existe e se dispõe a apoiar), rede comunitária, laboral, etc. Assim, o PAI-PJ atua como um dispositivo conector que favorece a construção de uma rede de cuidados, possibilitando a conexão entre os vários setores envolvidos na questão da pessoa em sofrimento psíquico com processo criminal, orientado pelas possibilidades de resposta que cada sujeito apresenta para promover a inserção no tratamento na rede pública de saúde mental e em outros espaços da cidade, levando em conta a singularidade de cada caso. Cada caso é discutido junto à rede de saúde e rede social, visando à construção de um projeto terapêutico e social, que poderá ser revisto e reconstruído a partir das indicações oferecidas pelo sujeito sobre o modo de tratar seu sofrimento. A atuação da equipe do Programa favorece também a individualização das medidas aplicadas às pessoas em sofrimento psíquico pela Justiça Criminal, por meio de relatórios periódicos enviados à autoridade Judicial.

O programa foi criado a partir de uma pesquisa realizada em 1999 pela psicanalista e psicóloga judicial Fernanda Otoni de Barros-Brisset, orientado inicialmente pelas diretrizes da Lei Estadual 11.802 de 1995. O movimento antimanicomial demonstrou que as internações prolongadas traziam inúmeros prejuízos ao tratamento em saúde mental, provocando várias violações de direitos, como a ruptura, muitas vezes irreversível, do laço social, o massacre da subjetividade, a perda de recursos simbólicos, a mortificação e o silenciamento dos corpos, dentre outros.

Em 2001, mesmo ano em que foi promulgada a Lei 10.216, que passou a orientar o trabalho do PAI-PJ, o TJMG transformou o projeto piloto em programa para atender a comarca de Belo Horizonte e região metropolitana. Em 2010, com a Resolução n. 633 do TJMG, o programa começou a ser estadualizado. Hoje, o PAI-PJ é regulamentado pela Resolução n. 944/2020 do TJMG e conta com 8 Núcleos Regionais no estado de Minas Gerais.

Mais de 6.000 pessoas já passaram pelo Programa ao longo dos seus 24 anos de existência. Atualmente, encontram-se em acompanhamento pelo PAI-PJ 1.268 pessoas.

O acompanhamento das pessoas em sofrimento psíquico pelo Programa demonstrou ser possível prescindir dos dispositivos manicomiais e romper com a cultura de segregação social construída há mais de 200 anos, sobretudo a partir da propagação do conceito de periculosidade pelas teorias esquirolianas, morelianas e lombrosianas. Os resultados obtidos pelo Programa permitem repensar o mito de periculosidade que envolve a arcaica nomeação de “doente mental”. O índice de reincidência, em pesquisa realizada em 2009, girava em torno de 2%, em crimes de menor potencial ofensivo.

## 8.2 PAILI – PROGRAMA DE ATENÇÃO AO LOUCO INFRATOR

O Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILI) tem por fundamento as disposições da Lei nº 10.216/2001 e é responsável pela execução das medidas de segurança no Estado de Goiás. Atuando de forma auxiliar os juízes da execução penal, o PAILI tem a relevante tarefa de acompanhar as pessoas com sofrimento mental processadas e julgadas pela justiça goiana.

A partir de proposta elaborada pela Promotoria de Justiça da Execução Penal de Goiânia, o Programa foi instituído no dia 26.10.2006, mediante convênio pactuado entre as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Tribunal de Justiça e Ministério Público do Estado de Goiás.

Trata-se de verdadeiro marco na implementação da Reforma Psiquiátrica no campo das medidas de segurança e trouxe importante mudança de paradigma na política pública, fazendo com que a temática deixasse de ser tratada unicamente sob o prisma da segurança para ser acolhido de vez pelos serviços de saúde pública, no ambiente universal do Sistema Único de Saúde (SUS).

Reconhecido nacionalmente, o PAILI ganhou o Prêmio Innovare no ano de 2009, consolidando-se, assim, como verdadeiro modelo na atenção à pessoa submetida à medida de segurança com o fito de abolir definitivamente a figura do manicômio judiciário. As rotinas sintonizadas com a Lei nº 10.216/2001 revelou-se uma política pública de saúde mental que superou históricos obstáculos institucionais.

Desde a sua criação, o PAILI vem cumprindo de forma satisfatória o proposto na Lei Antimanicomial, tendo acolhido até maio de 2017 mais de 589 pessoas submetidas à medida de segurança por juízes criminais de diversas comarcas do Estado de Goiás. Há resultados exitosos à luz do resgate de laços sociais e familiares de seus usuários.

No Estado de Goiás não existem hospitais de custódia e todos os atendimentos/tratamentos são feitos na RAPS, em parceria com o judiciário. Trata-se de demonstração efetiva da desinstitucionalização de pessoas que, como previsto pela própria legislação, necessitam de tratamento.

O desempenho do Programa ocorre, em síntese, da seguinte forma: **(i)** o juízo determina medida de segurança e encaminha o processo ao PAILI; **(ii)** o departamento jurídico do Programa recebe o processo; **(iii)** o PAILI localiza o paciente e analisa a condição deste; **(iv)** o Programa, por meio de equipe técnica multidisciplinar, elabora o projeto terapêutico singular e **(v)** o PAILI contacta a rede de tratamento e encaminha o paciente. Por fim, durante o período de tratamento, o PAILI realiza o monitoramento e encaminha relatório ao juízo, que acompanha todo o procedimento.

Ou seja, no caso de pessoas sem o necessário discernimento para entender o caráter ilícito do fato por elas praticado, a solução colocada à disposição do juízo é o encaminhamento delas ao PAILI. Trata-se do completo e efetivo abandono do controle penal da loucura, tendo em vista que as pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei são inseridas na rede especializada no cuidado dessa população (RAPS), e não depositadas em HCTPs.

Em maio/2023, a Defensoria Pública do Estado de Goiás (DPE/GO) realizou visita técnica presencial à sede do PAILI e constatou que, atualmente, há 933 pacientes em acompanhamento. Deste número, foi constatada taxa de reincidência de apenas 5%, porcentagem bastante inferior à mesma taxa criminal no Brasil, que, como já vimos, é de 24,04% segundo o IPEA (2015)<sup>18</sup>.

### 8.3. OUTRAS INICIATIVAS

Outros exemplos são o **Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Estado do Pará (Praçãoí)**, criado em 2013 e vinculado ao Tribunal de Justiça do Estado do Pará; o **Programa de Cuidado Integral ao Paciente Psiquiátrico (PCIPP)**, criado em 2016 e vinculado à Secretaria de Justiça do Estado do Piauí (PI); o **Programa Estadual de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (PAT-PE)**, criado em 2021 e vinculado ao Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco (PE); e o **Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei do Estado da Paraíba (PB)**, criado em 2023 e vinculado ao Tribunal de Justiça do Estado.

---

<sup>18</sup> Defensoria Pública de Goiás, 2023.

# 9. A POLÍTICA ANTIMANICOMIAL DO PODER JUDICIÁRIO: FAZER CUMPRIR A LEI

## 9.1 A RESOLUÇÃO Nº 487/2023 DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ)

A [Resolução nº 487](#) de 15/02/2023 do CNJ instituiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabeleceu procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei nº. 10.216/2001 no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.

Dentre os princípios listados no primeiro capítulo da Resolução, destacam-se 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; a indicação de 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; e a articulação interinstitucional permanente do Poder Judiciário com as redes de atenção à saúde e socioassistenciais, em todas as fases do procedimento penal (art. 3º).

O segundo capítulo, que trata das Diretrizes da Política Antimanicomial, é dividido em seções, sendo que a primeira (arts. 4º a 8º) trata de como devem ser realizadas as audiências de custódia de pessoas com transtorno mental, cabendo à autoridade judicial o encaminhamento para atendimento voluntário na RAPS e programas adequados, a partir de fluxos pré estabelecidos na rede. O art. 4º assegura, ainda, que a pessoa em sofrimento psíquico poderá ser assistida por alguém de sua confiança, por ela indicada, durante o ato judicial.

O art. 7º dispõe que deve ser evitada a imposição de medidas que dificultem o acesso ou a continuidade do melhor tratamento disponível, ou exigências incompatíveis ao quadro de saúde apresentado, bem como medidas concomitantes que se revelem incompatíveis com a rotina na rede de saúde. Ou seja, deve o judiciário dialogar com a rede de serviços especializada no cuidado dessa população.

O parágrafo 2º do art. 7º determina, ainda, que a autoridade judicial deverá levar em consideração eventuais condições que ampliem a vulnerabilidade social do sujeito, tais como

gênero, raça, orientação sexual, exercício de paternidade ou maternidade de crianças ou adolescentes, a fim de que a aplicação da medida seja condizente com a realidade social e o referenciamento aos serviços especializados.

A segunda seção (arts. 9º e 10) dispõe sobre a necessidade de tratamento em saúde mental de pessoas presas provisoriamente (que ainda não tiveram seu caso julgado), estabelecendo (art. 10) que a autoridade judicial pode requisitar informações dos serviços aos quais a pessoa esteja vinculada para melhor análise sobre sua capacidade de entender, ou não, um ato como criminoso.

O parágrafo único do art. 10 determina o que há muito vem sendo defendido por parte de estudiosos do Direito Penal: o incidente de insanidade mental (que serve de subsídio para o juízo decidir se, no momento do ato, o sujeito tinha condições psíquicas de entendê-lo como criminoso), é prova pericial constituída em seu favor. Assim, havendo oposição de sua realização pelo advogado ou defensor da pessoa com transtorno mental, não pode a autoridade judicial determinar sua realização de forma compulsória.

Na terceira seção, que trata da medida de segurança (art. 11), a Resolução determina que o juízo deve levar em conta os pareceres das equipes multiprofissionais que atendem o paciente na RAPS, da EAP ou outra equipe conectora.

O art. 12, por sua vez, estabelece os parâmetros do tratamento ambulatorial, dispondo que deverá ser priorizado em detrimento da medida de internação, por meio de fluxos estabelecidos entre o Poder Judiciário e a RAPS, com auxílio da equipe multidisciplinar, sendo que eventuais interrupções no curso do tratamento devem ser compreendidas como quadro de saúde mental, considerada a dinâmica do acompanhamento em saúde e a realidade do território a qual a pessoa e o serviço estão inseridos (§ 2º).

Dispõe, ainda, que a ausência de suporte familiar não deve ser entendida como condição para imposição ou cessação do tratamento ambulatorial ou para desinternação da pessoa com transtorno mental (§ 3º). Por fim, o parágrafo 3º do mencionado artigo determina que a autoridade judicial deverá avaliar a possibilidade de extinção da medida de segurança no mínimo anualmente, ou a qualquer tempo, quando requerido pela defesa ou quando indicado pela equipe de saúde do paciente, não condicionando a extinção da medida ao término do tratamento em saúde mental.

A subseção II (arts. 13 e 14) trata da medida de internação, estabelecendo que a imposição da medida de segurança ou de internação provisória (até que a avaliação de sua imputabilidade seja realizada) devem ocorrer em hipóteses absolutamente excepcionais, quando não forem cabíveis ou suficientes outras medidas cautelares diversas da prisão e quando a medida for compreendida como recurso adequado no momento, no âmbito do PTS, desde que prescrita por profissionais da RAPS.

A internação, neste caso, deve ser cumprida respeitando-se o fluxo da rede: em leito de saúde mental em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde referenciado pelo CAPS da RAPS. A internação cessará quando se demonstrar desnecessária enquanto recurso terapêutico, devendo a alta ser comunicada à autoridade judicial, sendo que o acompanhamento poderá continuar nos demais dispositivos da rede.

É recomendada, também, a interlocução constante com a equipe do estabelecimento de saúde que acompanhe a pessoa em cumprimento da medida, a EAP ou outra equipe conectora, para que sejam realizadas avaliações biopsicossociais mensais, a fim de se verificar as possibilidades de reversão do tratamento para modalidades em liberdade ou mesmo para sua extinção.

Na seção V (arts. 16 a 18), que trata da desinstitucionalização de pessoas internadas nos HCTPs do país, é estabelecido o prazo de até seis meses, contados a partir da entrada em vigor da Resolução, para que a autoridade judicial competente revise os processos de pessoas internadas em HCTPs, 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.

Estabelece, também, que, no prazo de 12 meses, sejam elaborados Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) para todos os pacientes, com vistas à alta planejada e à reabilitação psicossocial assistida em meio aberto.

No art. 18 desta mesma seção, a Resolução determina que, até agosto de 2023, sejam fechadas as portas de entrada dos HCTPs do país, ou seja, que novas pessoas não sejam internadas nesses espaços, mas sim encaminhadas ao fluxo da rede de saúde e assistência, e que, até fevereiro de 2024, os estados façam a desinstitucionalização das pessoas ali internadas, integrando-as totalmente à rede de saúde e assistência; reconstituindo seus vínculos familiares e, na impossibilidade, encaminhando-as aos Serviços Residenciais Terapêuticos; conscientizando o território para a recepção da pessoa; até que os HCTPs sejam integralmente fechados.

A Política dispõe, por fim, que os Grupos de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário (GMFs) poderão formar, nos estados, Comitês Estaduais Interinstitucionais de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário (CEIMPA), que contará com representantes do GMF, da Vara de Execução Penal, da Rede de Atenção Psicossocial, da Assistência Social, do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura, onde houver, dos Conselhos Regionais de Serviço Social, Psicologia e Medicina, do Ministério Público, da Defensoria Pública, do Conselho da Comunidade, onde houver, da Equipe de Saúde da Secretaria responsável pela gestão prisional, podendo contar ainda com outros Conselhos de Direitos, Organizações da Sociedade Civil afetas ao tema, usuários da Política de Saúde Mental, entre outros.

Vimos, portanto, que a Resolução 487/2023 do CNJ, com atraso, mas sempre a tempo, e com sua indiscutível importância política e coerência técnica, nada mais é do que a regulamentação

das práticas judiciais ao que já dispunha, há muito, a legislação nacional e internacional sobre o cuidado efetivo de pessoas em sofrimento psíquico. Ela determina o que é dever e obrigação: fazer cumprir a lei.

## 9.2 RESOLUÇÃO Nº 572/2024 DO CNJ

Em 26 de agosto de 2024, o CNJ editou a [Resolução nº. 572](#) para alterar a Política Antimanicomial (Resolução 487/2023) nos seguintes termos: o prazo, que antes era de 6 meses para que as autoridades judiciais revisassem os processos e avaliassem a possibilidade de extinção ou progressão (para o tratamento ambulatorial) das medidas de segurança, passou a ser de 9 meses (art. 16).

Do mesmo modo, o prazo para elaboração de PTS para todos os pacientes em medida de segurança que ainda estivessem internados em HCTP, com vistas à alta planejada, que antes era de 12 meses, foi alterado para 15 meses (art. 17).

O prazo para interdição parcial dos HCTPs passou de 6 para 9 meses e de 12 para 15 meses para interdição total e fechamento dos espaços (art. 18).

A Resolução 572 autorizou, ainda, a prorrogação de todos os prazos mencionados, desde que comprovada a necessidade por meio de apresentação de plano de ação que descreva as ações pendentes e previsão de implementação da política, o que deve ser realizado pelos tribunais de justiça de cada estado, em articulação com os demais atores institucionais envolvidos na execução da Política (art. 18-A).

# 10. PROJETO DE LEI 1.637–A DE 2019 (QUE INCORPOROU O PL 551/2024): BARBÁRIE E RETROCESSO NA SAÚDE MENTAL

Em março de 2024, quando a Resolução 487 do CNJ já estava em vigor, o Deputado Carlos Jordy (PL/RJ) apresentou à Câmara o [Projeto de Lei nº. 551/2024](#), a fim de alterar a **Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº. 10.216/01)** para determinar a internação obrigatória de pessoas em cumprimento de pena ou em medida de segurança que, a critério unicamente médico, fossem consideradas perigosas. A internação, segundo o PL, deveria ser feita em hospital psiquiátrico, em ala separada das demais e que dispusesse de “estratégias efetivas de contenção”, ou em “unidades de saúde gerais”, desde que fiquem isolados e sem comunicação com demais setores.

Quanto ao prazo de duração, estabelecia que deveria ser determinada por médico, mediante laudo que afirmasse quando seria segura a sua liberação.

Por fim, autorizava o juízo a determinar o cumprimento da medida em HCTP ou instituição similar, sempre que o hospital psiquiátrico ou o que chamou de unidades de saúde gerais não oferecessem “condições de segurança” que pudessem evitar sua fuga.

As entidades ligadas à luta antimanicomial do país se posicionaram contrários ao PL, tendo a RENILA formulado [carta aberta](#), assinada por mais de 600 entidades, requisitando seu arquivamento. Na época, houve suspensão da votação da matéria.

Em dezembro de 2024, no entanto, os movimentos sociais ou a sociedade brasileira foram surpreendidos com a inserção em pauta para votação na Câmara dos Deputados do PL 1.637–A/2019, que reuniu diversos projetos de lei existentes que propõem mudanças no Código Penal no que diz respeito às medidas de segurança e, inclusive o PL 551/2024.

O novo texto, aprovado em bloco e por maioria de votos na Câmara e que será votado a qualquer momento no Senado Federal, propõe a alteração do **art. 96 do Código Penal** para **1)** retirar a possibilidade de tratamento ambulatorial às pessoas consideradas inimputáveis; **2)** determinar, como regra, a internação dessas pessoas em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou em instituição similar; **3)** inserir a “liberdade vigiada” em substituição ao tratamento ambulatorial, que deverá ser monitorada e fiscalizada pelo judiciário e dependerá de laudo que demonstre “ausência de risco imediato à sociedade”.

Propõe, também, a alteração do **art. 97 do Código Penal** para **1)** dispor que a internação ou o tratamento ambulatorial sejam fixados por tempo indeterminado, aumentando o prazo mínimo, que antes era de 1 a 3 anos, para de 3 a 20 anos; **2)** determinar prazos mínimos diferentes para a medida de internação, que passará a ser de 7 anos, nos crimes com violência ou grave ameaça e de 15 anos, nos crimes com resultado morte; **3)** dispor que, mesmo cumprido o prazo mínimo da medida, ela somente poderá ser suspensa depois de averiguada a cessação de periculosidade por perícia exclusivamente médica; **4)** aumentar o prazo de avaliação técnica para verificar a necessidade de manutenção, substituição ou suspensão da medida, que, no texto atual, deve ser realizada de ano em ano, para a cada 3 anos; **5)** dispor que, ao inimputável em “liberdade vigiada” ou em suspensão da medida, será determinada internação se, antes do decurso de 5 anos (o texto original fala em 1 ano), a pessoa em medida de segurança praticar “fato indicativo de persistência de sua periculosidade”; **6)** inserir a possibilidade de determinação de internação, em qualquer fase do tratamento ambulatorial, se o juízo considerar a providência “necessária para a garantia da ordem pública”.

Por fim, com relação à **Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/01)**, o PL estabelece a **alteração do art. 9º** para acrescentar que “quando motivada por medida de segurança, a internação compulsória deverá ser realizada em: **1)** “unidades especializadas de custódia e tratamento psiquiátrico, com separação adequada dos demais pacientes”; **2)** “estabelecimentos de saúde que forneçam serviços de atenção à saúde mental (hospitais psiquiátricos), desde que disponham de setores capazes de albergar pessoas com maior periculosidade de forma separada dos demais pacientes, bem como que disponham de estratégias efetivas de contenção e isolamento”. O texto aprovado dispõe, ainda, que “o Poder Público assegurará a criação de unidades adequadas”.

Vejamos: além de utilizar termos inexistentes na legislação (como unidades de saúde gerais), o PL se pauta na lógica exclusiva da privação de liberdade para suposta proteção da sociedade, o que nos remete à teoria da prevenção social de Cesare Lombroso do século XVIII e a todo o histórico que deu fundamento à criação do manicômio no Brasil e no mundo.

Suposta proteção porque, além de concentrar a avaliação a um único saber (o médico) e não a uma equipe composta de diversas áreas do saber (multiprofissional), é impossível que qualquer especialista, seja da área da saúde ou não, determine que um indivíduo (esteja ele em cumprimento de medida de segurança ou não) não mais apresenta perigo à sociedade. Em outras palavras, seria um exercício de futurologia atestar que qualquer ser humano vivo não está mais sujeito a cometer um crime.

Assim, condicionar a liberdade e o tratamento adequado de uma pessoa que cometeu um ato considerado criminoso sem que pudesse entendê-lo como tal, à uma avaliação médica, é não somente inconstitucional, ilegal e inconveniente como veremos, mas irracional.

Com relação à internação compulsória em HCTPs, é incompatível com a Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (item 3.2 deste documento).

O princípio da igualdade impõe que as pessoas com transtornos mentais que tenham praticado ato considerado criminoso devam ser imediatamente encaminhadas ao SUS, para tratamento em sintonia com os ditames da Lei nº 10.216/2001, devidamente regulamentada pela Política Antimanicomial do Poder Judiciário (Resolução 487, CNJ).

A substituição do tratamento ambulatorial pela chamada “liberdade vigiada” proposta pelo PL em comento é igualmente ilógica e atécnica: além de retirar a medida de tratamento ambulatorial do art. 96 e depois o mencionar no art. 97, o que é contraditório por si só, o texto do PL revela um completo desconhecimento do fluxo da rede. Para o Direito, ambulatorial é o tratamento já ofertado pela Rede de Atenção Psicossocial, que inclui a internação em leito de hospital geral ou o acolhimento em CAPS III quando constatada sua necessidade. É realizado em liberdade justamente por se tratar de pessoa que, no momento do crime, não tinha condições psíquicas de entendê-lo como tal, e, por isso, deve receber tratamento para o cuidado de sua saúde. Além disso, sua liberdade já é “vigiada”, uma vez que é devidamente acompanhada por equipe técnica que presta esclarecimentos ao juízo do processo sempre que necessário.

Por fim, ao estabelecer prazos diversos para cumprimento da medida e para sua reavaliação, os deputados proponentes o fazem sem nenhum critério científico: não há dados que dêem embasamento aos prazos criados pelo PL. Ao invés de disseminar conhecimento, utilizam-se de casos isolados para causar medo na população, defendendo que o castigo e isolamento dessas pessoas é a solução.

Há quem defenda a melhoria dos HCTPs. Posicionamo-nos de outra forma: é necessário que eles não mais existam, pois, caso contrário, perpetuarão a lógica e as práticas que lhe deram origem: exclusão, segregação e abandono. É um círculo vicioso, que contamina, inclusive, os serviços que devem substituí-lo.

O PL proposto, portanto, não somente é contrário a todo o conjunto de leis que protegem o direito das pessoas em sofrimento psíquico e, conseqüentemente, de toda a sociedade. Trata-se de manobra legislativa para tentar impedir a aplicabilidade da Resolução CNJ 487/2023, que, como vimos, apenas regulamentou e adequou a prática do judiciário às normativas nacionais e internacionais sobre a temática.

**Deve, portanto, ser rechaçado em todo seu conteúdo.**

# 11. CONCLUSÃO

Torna-se fundamental questionar as narrativas que defendem a lógica manicomial no Brasil e, portanto, a existência dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, sob o argumento de que a Resolução CNJ 487/2023 colocará em liberdade, como alardeiam ferozmente seus opositores, “pessoas perigosas, psicopatas, assassinas em série, pedófilas”, etc, o que destoa da realidade, uma vez que, como já rigorosamente apontado por nós ao longo desse Dossiê, a instituição da medida de segurança não deve ser direcionada a esse público, fundamentalmente pela capacidade de planejamento do crime.

Os dados e constatações apresentados nesse documento nos levam a questionar, mais uma vez, a eficácia de um sistema que decide, por meio de critérios obscuros e desiguais, quais indivíduos devem ser privados de liberdade por representarem suposto risco à sociedade.

Verifica-se que, além de os HCTPs não serem espaços de tratamento, seu fechamento não significa a “soltura” de pessoas perigosas e “incuráveis”. Pelo contrário: a medida determinada pelo CNJ apenas vai ao encontro das diversas normativas que tratam da proteção dos direitos de pessoas em sofrimento psíquico, que devem ser tratadas em dispositivos da saúde já existentes para tanto.

**PELA REJEIÇÃO, NA ÍNTEGRA, DO PL 1.637–A DE 2019.**

**PERIGOSO É O MANICÔMIO. O QUE RESOLVE É O CUIDADO EM LIBERDADE!**

## 12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARRETO, Afonso Henriques de Lima.** Diário do hospício; o cemitério dos vivos. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1993.
- BRASIL.** Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 3657, de 12 de setembro de 1989. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>>.
- BRASIL.** Câmara dos Deputados. Projeto de lei nº 1.637-A de 2019. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), e a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, para dispor sobre a imposição de medida de segurança ao inimputável. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=2843737&filename=Tramitacao-PL%201637/2019](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2843737&filename=Tramitacao-PL%201637/2019).
- BRASIL.** Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 554 de 05 de março de 2024. Altera a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, para dispor sobre a internação compulsória de pessoas com transtornos mentais em cumprimento de penas e medida de segurança. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2419215>.
- BRASIL.** 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. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original1425232024090266d5cad3ef35b.pdf>.
- BRASIL.** Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 572, de 26 de agosto de 2024. Altera a Resolução CNJ nº 487/2023. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original1422322024090266d5ca284ff36.pdf>.
- BRASIL.** Conselho Nacional de Justiça. Pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no Brasil: itinerários jurídicos e portas de saída. Conselho Nacional de Justiça; Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap). Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2024/10/6ajp-cebrap-saude-mental-relatorio-completo.pdf>.
- BRASIL.** Conselho Nacional de Justiça. Relatório Implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Resolução CNJ n. 487/2023. Atualizado em 21 de agosto de 2024. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2024/09/relatorio-politica-antimanicomial-2024-08-23.pdf>.
- BRASIL.** Decreto-lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm).
- BRASIL.** Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).
- 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. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm).
- BRASIL.** Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.708.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm).
- BRASIL.** Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm#art23a](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm#art23a).
- BRASIL.** Ministério da Saúde. Centros de Atenção Psicossocial. 2025. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>.
- BRASIL.** Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei n. 10.216/2001. Brasília, 2011. Disponível em: [https://app.uff.br/observatorio/uploads/20- parecer\\_medidas\\_seguranca\\_web1.pdf](https://app.uff.br/observatorio/uploads/20- parecer_medidas_seguranca_web1.pdf).
- BRASIL.** Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Disponível em: [https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/106\\_0.pdf](https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/106_0.pdf).

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html).

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html).

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Portaria nº 14, de 14 de janeiro de 2014. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094\\_14\\_01\\_2014.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html).

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria\\_Consolidacao\\_5\\_28\\_SETEMBRO\\_2017.pdf](http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_5_28_SETEMBRO_2017.pdf).

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.876, de 18 de julho de 2024. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei - EAP-Desinst, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt4876\\_19\\_07\\_2024.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt4876_19_07_2024.html).

**BRASIL.** Secretaria Nacional de Políticas Penais. Sistema Nacional de Informações Penais. Relatório de Informações Penais 15º ciclo, 2º semestre de 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios>.

**BROUSSE, Marie-Hélène.** Psicópatas. Conferencia en Palencia. 2014. Disponível em: <http://ampblog2006.blogspot.com/2014/05/video-breve-psicopatas-marie-helene.html?m=1>.

**CAETANO, Haroldo.** Loucos por Liberdade. Direito Penal e Loucura. Goiânia: Escolar Editora, 2019.

**CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.).** Inspeções aos Manicômios - Relatório Brasil 2015. 1ª Edição. Brasília. 2015. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/inspecoes-aos-manicomios-relatorio-brasil/>.

**CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal.** Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, 2017. Brasília DF: 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/>.

**CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Conselho Nacional do Ministério Público; Ministério Público do Trabalho.** Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional. 2ª edição – Março de 2020. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/hospitais-psiquiatricos-no-brasil-relatorio-de-inspecao-nacional/>.

**COSTA, Lucio.** Uma porta, várias saídas: análise do processo de reorientação da atenção à saúde mental de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei através do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI). Dissertação (Mestrado em Educação). Centro de Ciências Humanas e Biológicas, Universidade Federal de São Carlos, Sorocaba, 2014.

**COSTA, Nilson do Rosário et al.** Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, 2011.

**DALGALARRONDO, Paulo.** Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3 edição. Porto Alegre Artmed, 2019.

**DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE GOIÁS.** Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 7.389/DF de 16 de maio de 2023. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6644330>.

**DELGADO, Pedro Gabriel.** Psiquiatria, Justiça e Cidadania do Louco no Brasil. Te Corá Editora. 1992.

**DESINSTITUTE.** Material de apoio do projeto “Construindo espaços de direitos: qualificação técnica para a atuação dos Mecanismos de Prevenção e Combate à Tortura no campo da saúde mental, álcool e drogas”. Acervo próprio. 2024.

**DESINSTITUTE.** Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº. 7566/DF de 18 de dezembro de 2023. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6821056>.

**DINIZ, Debora.** A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011. Brasília: Letras Livres e Editora Universidade de Brasília, 2013. Disponível em: <https://livros.unb.br/index.php/portal/catalog/book/9>.

**DUARTE, Carolina Gomes.** OS (DES)CAMINHOS DA INTERDIÇÃO: CARTOGRAFIAS DOS TERRITÓRIOS EXISTENCIAIS DE SOBREVIVENTES DOS MANICÔMIOS DE SOROCABA, SP. Dissertação (Mestrado Profissional). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/1046849>.

**FÓRUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL.** Apostila do Curso de Formação Política para Usuários e Familiares da Saúde Mental: Cidadania em Curso. Segunda Edição, 2013.

**FOUCAULT, Michel.** História da Loucura. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

**FREUD, Sigmund.** Além do princípio de prazer. In Freud, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. V. 18, 1920/1969.

**GOMES, Romina Magalhães.** Dos desvios da norma à responsabilidade pelo imprevisível: a avaliação pericial do louco infrator. Belo Horizonte: Ed. Autor, 2020.

**INSTITUTO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS CRIMINAIS.** Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 7.389/DF de 16 de maio de 2023. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6644330>.

**LOBOSQUE, Ana Marta.** Responsabilidade e Loucura: Possibilidade fundamental, eventual impasse. In Princípios para uma Clínica Antimanicomial. Editora Hucitec. 1997.

**MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Angela; LUZ, Rogerio; MURICY, Katia.** Danoção da Norma. Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. Graal: 1978.

**MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL- MPF.** PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO- PFDC. Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Sob a Perspectiva da Lei nº 10.216/2001. Brasília-DF.2011.

**ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS.** Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência. Comitê sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência. Observações finais sobre o relatório inicial do Brasil. Distr.: Geral, 4 de Setembro de 2015, versão avançada não-editada. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cpd/arquivos/relatorio-do-comite-da-onu-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia-traduzido-em-portugues>.

**PASSOS E.** Loucura e Sociedade: Discursos, práticas e significações sociais. Belo Horizonte: Argvmentvm Editora, 2009.

**Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA).** CARTA ABERTA PL 551/2024, ARQUIVAMENTO JÁ! 2024. Disponível em: [https://sites.google.com/view/arquivamento--pl-551-2024?usp=sharing&fbclid=PAZXhObgNhZWOCMTEAAabm5yOxZTjZ1m9XBtY0kipK9eWycrldaRgxCWO95ZInCaFjIMhu1kLcGw\\_aem\\_JoeXvVTcpTOjAXC4tUNuvvg#h.hnhv8yjcyexl](https://sites.google.com/view/arquivamento--pl-551-2024?usp=sharing&fbclid=PAZXhObgNhZWOCMTEAAabm5yOxZTjZ1m9XBtY0kipK9eWycrldaRgxCWO95ZInCaFjIMhu1kLcGw_aem_JoeXvVTcpTOjAXC4tUNuvvg#h.hnhv8yjcyexl).

**SCHNEIDER, Kurt.** Psicopatologia clínica. São Paulo: Mestre Jou, 1965.

## **REALIZAÇÃO:**

**Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA)**

## **ORGANIZAÇÃO, PESQUISA E REDAÇÃO:**

Miriam Nadim Abou-Yd (Fórum Mineiro de Saúde Mental e Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos) e Thaís Lopes Rodrigues (Fórum da Luta AntiManicomial de Sorocaba - FLAMAS).

## **COLABORADORES:**

Aline Carneiro Beserra (Movimento da Luta Antimanicomial do Pará - MLA/PA), Ana Marta Lobosque (Fórum Mineiro de Saúde Mental), Pedro de Paula do Nascimento Teixeira (Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos), Romina Magalhães Gomes (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Tribunal de Justiça de Minas Gerais - PAI/PJ-MG).

## **NÚCLEOS ESTADUAIS QUE COMPÕEM A RENILA:**

Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de MG – ASUSSAM/MG; Associação de Usuários, Familiares e Amigos da Luta Antimanicomial de Palmeira dos Índios/AL – ASSUMPI/AL; Associação Loucos Por Você – Ipatinga/MG; Fórum Alagoano de Saúde Mental/AL; Fórum Cearense da Luta Antimanicomial/CE; Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba – FLAMAS/SP; Fórum de Saúde Mental de Maceió/AL; Fórum Gaúcho de Saúde Mental/RS; Fórum Mineiro de Saúde Mental/MG; Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos/MG; Movimento da Luta Antimanicomial/PA; Movimento Pró-Saúde Mental/DF; Núcleo de Estudos Pela Superação dos Manicômios – NESM/BA; Núcleo de Mobilização Antimanicomial do Sertão – NUMANS/PE-BA; Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial Libertando Subjetividades/PE.