



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
POLÍCIA CIVIL DO DISTRITO FEDERAL
ESCOLA SUPERIOR DE POLÍCIA CIVIL – EPC**



OTÁVIO CASTELLO DE CAMPOS PEREIRA

SURFANDO NO TSUNAMI

**Reflexões para o Enfrentamento dos Desafios para a Implementação da
Política Antimanicomial do Poder Judiciário**

BRASÍLIA – DF

2023



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
POLÍCIA CIVIL DO DISTRITO FEDERAL
ESCOLA SUPERIOR DE POLÍCIA CIVIL – ESPC**



OTÁVIO CASTELLO DE CAMPOS PEREIRA

SURFANDO NO TSUNAMI

**Reflexões para o Enfrentamento dos Desafios para a Implementação da
Política Antimanicomial do Poder Judiciário**

Trabalho apresentado no 21º Curso de Progressão Funcional da Escola Superior de Polícia Civil da Polícia Civil do Distrito Federal, como requisito parcial para aprovação.

BRASÍLIA – DF

2023

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Art.	Artigo
ATP	Ala de Tratamento Psiquiátrico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-Ad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
CAPS-i	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNDH	Conselho Nacional dos Direitos Humanos
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CP	Código Penal
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECVP	Exame de verificação da cessação da periculosidade
ed.	edição
Ed.	Editora
EVCP	Exame Anual de Verificação de Periculosidade
GMF/DF	Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Penitenciário do TJDF
HCTP	hospital de custódia e tratamento psiquiátrico
IML/DF	Instituto de Medicina Legal Leonídio Ribeiro (PCDF)
IPq	Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP
LEP	Lei de Execução Penal
MPDFT	Ministério Público do Distrito Federal e Territórios
MSCP	Medida de Segurança por Conversão de Pena (regime de internação)
p.	página
PAILI	Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RE	Recurso extraordinário
RSFS	Rede de suporte familiar e/ou social
RV	Risco de agir com violência
SEAPE	Secretaria de Estado da Administração Penitenciária
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SPF	Seção de Psiquiatria Forense do IML/DF
STF	Supremo Tribunal Federal

SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Tratamento Ambulatorial
TJDFT	Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios
TJSP	Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo
TPAS	transtorno de personalidade antissocial
UnB	Universidade de Brasília
USP	Universidade de São Paulo
v.	Volume
VEP	Vara de Execução Penal do Distrito Federal

DEDICATÓRIA

Ao Desembargador Carlos Dias Motta,
do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo
que há quase duas décadas generosamente convidou-me para
atuar como perito na 17ª Vara Cível, da qual era Juiz Titular.

ele não poderia saber tudo o que viria a passar
e a gratidão que desde então tenho nutrido
pela porta aberta e o universo descortinado
que resultou ter me tornado
um apaixonado pelo ofício de colocar
os saberes médicos à serviço da Justiça
este Tesouro Precioso que Deus colocou na Terra
para que homens e mulheres
que operam o Direito
A Distribuam

A razão ensinou-me que condenar assim, resolutamente, uma coisa por ser falsa e impossível é pretender ter na cabeça as fronteiras e os limites da vontade de Deus e do poder de nossa mãe natureza; e que não há no mundo loucura mais notável do que os reduzir à medida de nossa capacidade e suficiência.

Montaigne, 1533-1592. Os ensaios.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	7
2.	DESENVOLVIMENTO	10
2.1.	Medidas de Segurança e a Lei 10.216/01	10
2.2.	A Resolução nº 487 do CNJ	11
2.3.	Indagações Necessárias	14
2.4.	Política Antimanicomial e Reforma da Assistência Psiquiátrica	18
2.4.1.	A Estrutura das RAPS no Brasil	20
2.4.2.	A Estrutura da RAPS do Distrito Federal	21
2.5.	Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP)	22
2.5.1.	A heterogeneidade dos HCTP	22
2.5.2.	A Ala de Tratamento Psiquiátrico do DF (ATP)	25
2.5.3.	Os HCTP vistos por outra perspectiva	27
2.6.	O perfil dos internos dos HCTP no Brasil	29
2.6.1.	O Censo dos HCTP de 2011	29
2.7.	Periculosidade: um recorte da visão jurídica	31
2.8.	Porque a Psiquiatria Forense é indispensável	36
2.8.1.	O psiquiatra, a doença mental e a antipsiquiatria	36
2.8.2.	Uma especialidade jovem que existe há 200 anos	37
2.8.3.	Crime associado à alteração mental	39
2.8.4.	Periculosidade versus <i>Risco de Agir com Violência</i>	40
2.8.5.	O saber psiquiátrico-forense é imprescindível	44
2.9.	Perícia Psiquiátrico-Forense	45
2.9.1.	A perícia psiquiátrica no IML de Brasília	48
2.10.	Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI)	49
2.10.1.	PAILI: o programa	49
2.10.2.	PAILI: elementos para uma análise crítica	52
2.11.	Hospital Maria Cândida Teixeira: um atalho?	54
2.12.	A Resolução nº 487 do CNJ e a <i>Lei Basaglia</i>	56
2.13.	O risco de violação dos Direitos Humanos	59
2.14.	Quem é o interno da ATP? Uma proposta de <i>tipos ideais</i> Weberianos como recurso de gestão	61
3.	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	64
3.1.	Sinais e Sintomas	64
3.2.	Terapêutica	65
4.	REFERÊNCIAS	68
5.	SOBRE O AUTOR	73
6.	ANEXO 1 – <i>Resolução nº 487 do Conselho Nacional de Justiça</i>	74
7.	ANEXO 2 – <i>Lei 10.216/01 – Lei da Reforma da Assistência Psiquiátrica</i>	75

1. INTRODUÇÃO

A resolução nº 487, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), publicada em fevereiro de 2023, instituiu a política antimanicomial do Poder Judiciário no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Ela significa uma mudança de paradigma do entendimento e na condução da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei penal. Tem por objetivo implementar as diretrizes da Lei 10.216/01, que instituiu a reforma do modelo de assistência psiquiátrica no Brasil. Representa um marco normativo e político, pois consolida ações realizadas pelo CNJ nas últimas duas décadas, alinhando-se com o movimento antimanicomial. (Brasil, 2001, Brasil, 2023a; Brasil, 2023b).

O paradigma antimanicomial caracteriza-se por uma sociedade livre de manicômios, instituições de caráter asilar, com a promoção de tratamento integral em meio aberto, favorecendo a reinserção comunitária e o resgate à cidadania, entre outros aspectos.

O regramento trazido pela resolução tem causado polêmica. Diversos setores da sociedade se opuseram à sua implementação, expressando dúvidas sobre sua adequação e exequibilidade. Entidades médicas teceram duras críticas ao conteúdo da resolução e à maneira como foi concebida, inclusive apontando que o CNJ não incluiu nenhum médico no grupo de trabalho que a elaborou (ABMLPM, 2023; ABRML, 2023; AMML, 2023; APB, 2023 CREMEGO, 2023; CREMEGO, 2023; CREMERS, 2023; CREMESP, 2023). Projetos de Decretos Legislativos para sua revogação tramitam na Câmara dos Deputados e no Senado Federal (CAMARA, 2023; SENADO, 2023) e uma ação direta de inconstitucionalidade foi impetrada junto ao STF, para suspender os efeitos da resolução (STF, 2023).

Por sua vez, agentes públicos têm manifestado dúvidas sobre como se dará, na prática, a implantação das diretrizes – havendo consenso que requererá um esforço superlativo e articulado; dadas as interseccionalidades da política (saúde, custódia, assistência social, perícia oficial, Poder Judiciário, entre outros).

A resolução determinou que em doze meses todos os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico do Brasil (**HCTPs**, antigos “*manicômios judiciários*”) estejam completamente desativados – e seus internos passem a receber tratamento

ambulatorial, em meio aberto. Além disso, ela também estabeleceu a interdição parcial, vedando novas admissões, a partir de novembro de 2023.

Uma das principais críticas à resolução foi desconsiderar o fenômeno da *periculosidade*, o que talvez decorra da ambiguidade com que esse termo seja empregado nos meios jurídico e médico.

Conforme discutiremos, os saberes da ciência médica quanto ao *risco de agir com violência*, relacionado aos diferentes perfis de pessoas com transtorno mental e seus contextos; é algo muito distinto do referencial teórico de *periculosidade* considerado pela resolução; concebido como condição intrínseca e imutável, decorrente de ser louco e/ou infrator – o que não justificaria ser apartado do convívio social.

O que causou certa perplexidade é que o conceito de *periculosidade*, rechaçado pela resolução, há muito também é considerado ultrapassado e estigmatizante pelas ciências médicas porque, entre outros deméritos, desrespeita os Direitos Humanos e da pessoa com deficiência; em absoluto não se harmonizando com o atual entendimento psiquiátrico-forense sobre *risco de agir com violência* (“*periculosidade*”).

A resolução postula que o tratamento da *pessoa com transtorno mental em conflito com a lei*, ou *louco infrator*, será integralmente realizado no sistema público de saúde mental, isto é, na *Rede de Assistência Psicossocial (RAPS)*. Para isso, entretanto, os prazos estabelecidos têm sido considerados exíguos demais para a normatização de fluxos entre os diversos entes envolvidos e o robustecimento da estrutura das RAPS – com a capacitação das equipes e fortalecimento de seus equipamentos.

Nesse sentido, existe o risco da precariedade das RAPS resultar, ao final, na desassistência de uma população duplamente vulnerável (encarcerados e acometidos por transtorno mental), cujo tratamento requer saberes específicos, com ações dirigidas para suas particularidades.

Dessa forma, não por acaso questionamentos têm sido feitos, por diversos setores, acusando a resolução de propor soluções simplórias para problemas complexos, crônicos e multifacetados. Matérias jornalísticas, das mais diversas

matizes, tem abordado o assunto – por vezes de forma sensacionalista e disseminando desinformação. Destaca-se, no meio de tanta confusão, um silêncio ensurdecedor, da ausência do verdadeiro diálogo - sendo esta uma prática basilar do Estado Democrático de Direito.

Assim não é exagero afirmar que a Resolução nº 487 do CNJ causou um verdadeiro terremoto, cujo processo de rearranjar as camadas da Terra (mudança radical de paradigma) tem causado temor, associado ao risco de que a desconstrução e a desorganização do que hoje existe resulte em mais prejuízos do que benefícios.

O terremoto, originado no alto-mar do Judiciário, gerou uma onda gigante - *tsunami*, que precisa ser enfrentado para que, ao fim, e ao cabo, a essência da concepção antimanicomial reste efetivada, sem que expressivos alagamentos do litoral ocorram. Para isso, é preciso que tenhamos disposição para surfar no *tsunami*.

É perigoso. Dá medo. Mobiliza emoções das mais profundas. Por vezes pensamentos que confundem. Mas, dentro de determinados limites, pode ser possível.

Neste artigo pretendemos oferecer reflexões sobre a problemática que tem sido verificada, e o fazemos com o propósito de subsidiar o diálogo - pois é preciso fortalecer convergências e equilibrar divergências. Para isso, nos debruçamos sobre alguns pressupostos da Resolução nº 487 do CNJ e dos principais argumentos dos que a criticam – buscando oferecer uma visão contrastante e possíveis soluções.

Entre os pontos analisados, abordaremos: o pressuposto da inexistência de “*periculosidade*”, destoando da moderna concepção teórica e da realidade fática de diversas pessoas com transtorno mental em conflito com a lei; a necessidade de perícia médica baseada na Psiquiatria Forense para avaliá-las; uma análise sobre a realidade dos HCTP brasileiros, claramente heterogênea e; o panorama dos recursos da saúde que irão receber a população a ela destinada para continuidade de tratamento. Também ofereceremos considerações sobre uma das alternativas existentes para o modelo atualmente vigente – o PAILI, e reflexões sobre um hospital psiquiátrico que tem 93% de seus pacientes compulsoriamente internados pela Justiça.

Ao final, confrontaremos alguns aspectos da *Lei Basaglia* com o regramento da resolução nº 487 do CNJ, teceremos considerações sobre a salvaguarda de Direitos Humanos e ofertaremos uma proposta de classificação de perfis dos internos de uma unidade de internação de custódia – algo que pode ser útil na gestão da transferência para tratamento ambulatorial.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. Medidas de Segurança e a Lei 10.216/01

O Art. 26 do **Código Penal Brasileiro (CP)** estabelece a isenção de pena para 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”*. O parágrafo único, do mesmo artigo, prevê que a pena poderá ser reduzida em razão de *“perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado”* (Brasil, 1940).

O exame da condição mental e sua correlação com o ato delituoso é realizado por perícia médico-legal, na qual o perito psiquiatra avalia aspectos do comportamento que caracterizem “doença mental”, “perturbação de saúde mental” e “desenvolvimento mental incompleto ou retardado”; correlacionando-os com o ato delituoso sob análise, ou seja, com especificidade para o momento do crime (Brasil, 1940).

Os indivíduos considerados penalmente inimputáveis, conforme o Art. 96 do CP, cumprirão **medida de segurança (MS)** ambulatorialmente ou internados em HCTP. Eles devem ser anualmente, ou a qualquer tempo, reavaliados por perícia psiquiátrica que avalie se a *periculosidade* cessou – o que permite a extinção da medida de segurança. Essa matéria também é regida pela **Lei de Execução Penal (LEP)**, cujo Capítulo II é dedicado à *Cessação da Periculosidade* e; pelo **Código de Processo Penal (CPP)**, Art. 715 e outros); (Brasil, 1940; Brasil, 1941, Brasil, 1984).

Entretanto, a lei 10.216/01 redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, representando uma mudança de paradigma no entendimento do adoecimento mental e na forma como o tratamento deve ser realizado.

Entre os aspectos que ela estabelece, destacam-se: **1-** que a assistência deve ser integral e realizada preferencialmente em serviços comunitários, incluindo “*serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros*”; **2-** a internação psiquiátrica “*somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado*”, como medida de exceção, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes - sendo vedada em instituições com características asilares; **3-** a internação deve ser estruturada para oferecer assistência integral, protegendo de qualquer forma de abuso e exploração e visando à reinserção social do paciente (na família, trabalho e comunidade); **4-** entre outros aspectos (Brasil, 2001).

A partir da Lei 10.216/01 o sistema de saúde mental tem sido reestruturado. O tratamento ambulatorial passou a ser desenvolvido prioritariamente em **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**, que se organizam em níveis de complexidade de I a III – além daqueles para atendimento infantil (CAPS-i) e para transtornos relacionados ao álcool e às drogas (CAPS-ad). Além desses, Unidades de Acolhimento (UA), Centros de Convivência e Cultura, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e leitos de atenção integral (em hospitais gerais e nos CAPS-III).

Os antigos manicômios, verdadeiros “depósitos de pessoas”, foram desativados. A lei reafirmou a possibilidade de internações psiquiátricas compulsórias, determinadas pela Justiça e, quando involuntárias, fiscalizadas pelo Ministério Público. Para todas as internações tornou-se imprescindível um laudo médico circunstanciado, que justifique sua motivação. Em apertada síntese, a lei 10.216/01 representa um marco civilizatório para nossa sociedade.

2.2. A Resolução nº 487 do CNJ

O regramento trazido pela lei 10.216/01 passou a ser considerado, gradativamente, como discrepante do ordenamento jurídico vigente, acima apresentado, para as medidas de segurança em regime de internação nos HCTP.

Nesse contexto, ao longo das últimas duas décadas diversas normas têm sido consideradas por alguns operadores do Direito que sustentam, em síntese, a interpretação de que o ordenamento jurídico relacionado às medidas de segurança (CP, CPP e LEP) não teria sido recepcionado pela Constituição Federal de 1988; devendo prevalecer o que estabelecem as Leis 10.216/01 e 13.146/15 (Estatuto da

Pessoa com Deficiência), assim como a *Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência*, integrada à legislação pátria com *status* de emenda constitucional (Brasil, 2015; Brasil, 2023a; Brasil, 2023b; Caetano, 2018 p. 52).

Noutro giro, também há entre operadores do Direito o entendimento de que Resolução nº 487 seria inconstitucional, por alterar o ordenamento jurídico estabelecido pelo CP, CPP e LEP por meio de uma resolução (norma infralegal), sem o devido processo legislativo. Essa também é uma das bases da ação direta de inconstitucionalidade supracitada. Entre os argumentos apresentados figuram que nem todos os HCTPs caracterizam-se como instituições asilares e; que a lei 10.216/01 não vedou, mas reafirmou, a possibilidade de internações hospitalares compulsórias, determinadas judicialmente (TJSP, 2023, STF, 2023).

Entre as normas que subsidiaram a Resolução nº 487, destacam-se:

1. a Resolução CNJ nº 113/2010 e a Recomendação CNJ nº 35/2011, publicadas para adequar a atuação da justiça penal aos dispositivos da Lei nº 10.216/01, privilegiando-se a manutenção do segurado em meio aberto e o diálogo permanente com a rede de atenção psicossocial;
2. as Resoluções 05/2004 e nº 04/2010, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP), para a aplicação da Lei nº 10.216/01 à execução das medidas de segurança;
3. A Resolução nº 8/2019 do Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH), destinada à orientação das políticas de saúde mental e uso problemático de álcool e outras drogas em todo o território nacional;
4. a Portaria Interministerial nº 1/2014, que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), dos Ministérios da Saúde (MS) e da Justiça e a Portaria nº 94/2014 do MS, que instituiu o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei;
5. a Resolução CNJ nº 213/2015, sobre a realização de audiência de custódia e a garantia de acesso aos serviços médico e psicossocial para pessoas que apresentem transtorno mental ou dependência química;
6. a Portaria CNJ nº 142/2021, que instituiu o Grupo de Trabalho Caso *Ximenes Lopes vs. Brasil*, para estudar medidas voltadas à superação das dificuldades relativas à promoção da saúde mental.
7. a Resolução CNJ nº 214/2015, que indica ser atribuição dos *Grupos de Monitoramento e Fiscalização (GMFs)* fiscalizar e monitorar as condições de cumprimento da medida de segurança;

O ambiente que foi criado paulatinamente por aquelas normas, entre outros aspectos, culminou com a publicação da Resolução nº 487 do CNJ (CNJ, 2023a). Esta estabeleceu, em síntese, a partir de sua vigência:

1. uma modificação no paradigma do tratamento da pessoa em medida de segurança, transferindo-o do sistema penitenciário para a *Rede de Assistência de Saúde Psicossocial (RAPS)*;
2. a extinção da internação de custódia, com interdição parcial dos HCTP (vedação para novas admissões) em seis meses e; completa desativação e fechamento dos HCTP em doze meses, com transferência de todos os segurados para tratamento ambulatorial, em meio aberto (Art. 18);
3. a inovação do conceito de transtorno mental, ao defini-lo (Art. 2º) como pessoa com “algum comprometimento, impedimento ou dificuldade psíquica, intelectual ou mental que, confrontada por barreiras atitudinais ou institucionais, tenha inviabilizada a plena manutenção da organização da vida ou lhe cause sofrimento psíquico e que apresente necessidade de cuidado em saúde mental” (grifos nossos); - o que é demasiadamente amplo e desconsidera critérios de gravidade, entre outros aspectos;
4. a desnecessidade de perícia médico-legal (Arts. 2º, 10 e 15) para caracterizar a presença de transtorno mental e, por conseguinte, *imputabilidade, superveniência de transtorno mental* (para encarcerados em cumprimento de pena) e *risco de agir com violência* (cessação de “periculosidade”);
5. que na hipótese de uma pessoa em cumprimento de pena necessitar de tratamento em saúde mental (*superveniência de transtorno mental*), poderá a autoridade judicial, considerando parecer da equipe multidisciplinar, encaminhá-la para tratamento na RAPS, portanto, em meio aberto (Art.15) e prescindindo de perícia médica;
6. que na audiência de custódia, ao ser constatada *“crise em saúde mental”*, poderá ser feito o encaminhamento para avaliação e tratamento na RAPS, desde que seja respeitado o caráter voluntário desse encaminhamento; prescindindo-se da avaliação da capacidade decisória do custodiado (Arts. 4º e 5º; Brasil, 2023b);
7. que o *incidente de insanidade mental* que subsidiará a autoridade judicial na decisão sobre a culpabilidade ou não do réu “é prova pericial constituída em favor da defesa”, só podendo ser determinada a pedido ou com a concordância desta, podendo ser “qualificada com requisição de informações sobre o atendimento e o tratamento dispensado nos serviços aos quais a pessoa esteja vinculada” (grifos nossos; Art. 10);
8. a previsão de publicação de um Manual com Modelo Orientador CNJ, voltado à orientação dos tribunais e magistrados quanto à implementação do disposto na resolução (Art. 23).

9. a criação de *Comitês Estaduais Interinstitucionais de Monitoramento da Política Antimanicomial* no âmbito do Poder Judiciário (CEIMPAs; Art. 20);

2.3. Indagações Necessárias

Percebe-se, pelo que foi exposto, que o advento da Resolução CNJ nº 487 transforma radicalmente o *status quo* do sistema de medidas de segurança. Inverte a lógica das rotinas vigentes e converte algo secularmente ligado ao sistema prisional em responsabilidade dos equipamentos e equipes do Sistema Único de Saúde. Sua dimensão é superlativa, trazendo em sua esteira desafios da mesma magnitude.

O CNJ elaborou um manual para orientar a implantação do que a resolução postula (CNJ, 2023b). Entretanto, diversos profissionais com longa experiência no contexto das medidas de segurança e/ou cuidados em saúde mental têm se mostrado perplexos, e descrentes, quanto à sua viabilidade.

São operadores Direito e trabalhadores do poder executivo, tanto gestores quanto “do chão de fábrica”, que atuam nos sistemas públicos de saúde e assistência social, no sistema penitenciário e na perícia oficial; entre outros.

Indagações tem sido feitas, algumas potencializando o acirramento de ânimos – que dificulta a construção das soluções possíveis para o melhor tratamento ao louco infrator. Nesse contexto, parece ser consensual a necessidade de garantir tratamento adequado, o que pressupõe, entre outros aspectos, o respeito aos Direitos Humanos.

Não há respostas claras para cada uma das indagações. Mas, certamente, requerem discussão para que o entendimento da resolução, e sua exequibilidade, não restem comprometidos.

Em outras palavras, o que se pretende é tentar identificar e aplainar arestas de aspectos que podem atrasar a implantação do espírito da norma. Das muitas perguntas, que não pretendemos esgotar, relacionamos:

1. Todos os HCTP estão em desacordo com a Lei 10.216/01 por se caracterizarem como instituições asilares e/ou não prestarem assistência integral? Há homogeneidade entre eles quanto a esses aspectos?
2. Porque o risco de agir com violência (“periculosidade”) não foi considerado para a elaboração da resolução? Como conciliar o desinternamento de todos com

existência de perfis psiquiátricos tão heterogêneos, por exemplo: **1**-aqueles que não apresentam mais *risco de agir com violência* e que há muito poderiam estar em meio aberto, com; **2**-os considerados clinicamente “irrecuperáveis”, que embora não sejam maioria, são graves, refratários a todo tipo de tratamento e sem perspectiva de melhora clínica dos sintomas que predispõe, embora não determinem, à prática criminosa?

3. O risco de reincidência delitiva com comportamento violento ou lesivo a vulneráveis foi mensurado na população atualmente custodiada? Em caso afirmativo, com o emprego de qual metodologia?
4. Como manejar os casos de reincidência delitiva contumaz relacionados a transtorno mental, se inexistir internação de custódia? Qual recurso de tratamento poderá ser oferecido para um louco infrator que, num curto período, comete grande número de delitos, em razão de seu adoecimento e não adere ao tratamento ambulatorial?¹ Como garantir a incolumidade da pessoa com esse perfil, se considerado que uma “sensação de impunidade” poderá favorecer a ocorrência de justicamento por membros de sua comunidade – tipo de ocorrência da qual já se tem notícia?
5. Como se conciliará, na prática, nas audiências de custódia, o respeito à autonomia de uma pessoa em crise mental com o encaminhamento de caráter voluntário para a RAPS? Como isso se harmoniza com os conceitos de discernimento, capacidade de entendimento e dos atos da vida civil?
6. Porque a atuação da perícia oficial (médico-legal) foi excluída da avaliação do louco infrator? Foi considerado, como alternativa, elaborar normas, diretrizes e metas para o robustecimento das práticas psiquiátrico-forenses, incluindo o aprimoramento técnico-científico de seus operadores?
7. Embora a lei 10.216/01 estabeleça a obrigatoriedade de laudo médico circunstanciado para justificar a necessidade de uma internação psiquiátrica, por que a resolução prescinde da avaliação médica e transfere essa responsabilidade

¹ Na Seção de Psiquiatria Forense do IML/DF rotineiramente periciamos casos nos quais o réu responde por diversos crimes, cometidos em poucas semanas a meses. Há casos com dois ou três delitos; embora menos frequentes, outros envolvem uma dezena (ou mais) crimes, também cometidos em igual período. Em um caso recente identificou-se mais de oitenta atos delituosos cometidos em poucas semanas; para cada um deles tendo sido instaurado incidente de insanidade mental – ensejando que “um caso represente oitenta perícias”.

para a equipe multidisciplinar (que não necessariamente terá médico em sua composição; algo que já tem sido visto)?

8. Por que não foi levado em conta que as equipes multidisciplinares da RAPS não são capacitadas nos saberes técnicos específicos, necessários para realizar a correlação entre alterações psicopatológicas com um ato delituoso (saber específico da Psiquiatria Forense, subespecialidade resultante da junção da Psiquiatria Forense com a Medicina Legal)? Foi considerado capacitá-las, antes ou após a publicação da resolução?
9. Foi considerado que as equipes multidisciplinares das RAPS podem ter impedimentos para realizarem a avaliação da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei - por exemplo por restrição no contrato de trabalho ou infração ao código de ética, que veda atuação de caráter pericial ao paciente que se assiste?
10. Por que não foi realizado um planejamento para treinamento prévio das equipes multidisciplinares da RAPS, visando capacitá-las nas peculiaridades do louco infrator – principalmente por ser esta uma população de maior vulnerabilidade?
11. O grupo de trabalho que elaborou a resolução se atentou para o risco de que quadros de alterações mentais extremamente leves permitem o enquadramento no conceito de transtorno mental (Art. 2º), configurado pela expressão *cause sofrimento psíquico* que *necessite de cuidado em saúde mental*?
12. Considerando a desnecessidade de perícia oficial e sua substituição por relatório de equipe multidisciplinar, combinado com o conceito de transtorno mental trazido pela resolução citado na questão anterior; qual o risco de apenados em regime fechado utilizarem a resolução como uma “brecha da lei” para obterem a liberdade – por exemplo como aparentemente está fazendo “*Fernandinho Beira-Mar*”? (G1, 2023)
13. Considerando que vivemos numa sociedade ainda carente assimilação e prática dos fundamentos dos Direitos Humanos, que em regra estigmatiza o doente mental; como se dará, na prática, o manejo do previsível tensionamento dos ambientes terapêuticos com a inclusão de “loucos criminosos” em seu meio? Por exemplo, como capacitar servidores e esclarecer usuários de um hospital geral que tem um de seus leitos psiquiátricos com um louco infrator a esse respeito? Por

que isso não foi realizado com antecedência ou os prazos da resolução foram mais extensos para permitir tais ações de maneira satisfatória?

14. Em semelhante teor, como garantir a incolumidade de servidores e usuários da RAPS, na hipótese de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei voltem a apresentar comportamento violento por inadequada aderência ao tratamento? No caso de necessitarem de internação psiquiátrica breve, como customizar equipamentos e equipes para prestar a adequada assistência, principalmente considerando que uma vez que estão sob responsabilidade de equipes da saúde, não há previsão para a escolta por agentes de segurança?
15. Nos casos de insuficiência de rede de apoio ao louco infrator, como poderá ser garantida sua aderência ao tratamento em caráter ambulatorial, principalmente se deste depende o controle de sintomas que predispõe acentuadamente a comportamento impulsivo e/ou violento?
16. Foi avaliada previamente a capacidade das RAPS e dos sistemas de assistência social trabalharem articulados para que não ocorra desassistência a custodiados com rede de apoio insuficiente, por exemplo considerando a insuficiência de equipamentos como *Serviços de Residencial Terapêutico* e a precariedade dos CAPS Brasil afora?
17. Considerando que o novo paradigma impõe profundas mudanças na cultura institucional, nas rotinas do Judiciário e nos executores do sistema penitenciário, RAPS, assistência social e perícia oficial, entre outros; porque foram estabelecidos prazo tão exíguos para a interdição parcial e total dos HCTP? Se a resposta for a experiência italiana de Basaglia, retruca-se com o argumento que a experiência exitosa italiana não tinha o *risco de agir com violência* em sua equação; e até hoje prevê equipamentos específicos para o louco infrator;
18. Considerando a importância estratégica e a mudança de paradigma, por que a elaboração da resolução não incluiu, de forma ampla, servidores com larga experiência no sistema penitenciário, na saúde no sistema prisional, nas RAPS, nos serviços de perícia oficial; além de representantes da sociedade civil organizada de forma mais representativa?
19. Por que não havia nenhum médico incluído no grupo de trabalho que elaborou a resolução? Seria pelo componente de *antipsiquiatria* que existe no movimento

antimanicomial? Ou para coibir contribuições revestidas de *poder médico*, por vezes dogmático e onipotente; desconsiderando que a prática médica atual tem se distanciado do exercício daquele poder, no passado tão abusivo e prejudicial para acometidos por transtorno mental? Ou pela atitude arrogante de alguns esculápios, que imputam à Medicina a primazia do saber, ao invés de respeitar as diferenças e cultivarem a construção participativa através do verdadeiro diálogo?

20. Por que a Resolução nº 487 do CNJ não considerou a *Lei Basaglia* e os diplomas legais subsequentes, uma vez que a Itália é o berço da reforma antimanicomial; que estabelecem três aspectos fundamentais: a) atuação a partir de e com o suporte da comunidade científica; b) preocupação específica com as estruturas que serão responsáveis pela absorção dos tratamentos e acompanhamentos e; c) reserva ao Poder Judiciário deliberar quanto à ratificação da situação de custódia quando já individualizados e delineados todos os aspectos pelo corpo médico?
21. Por que se observou a ausência de diálogo efetivo, ampliado, com diversos setores da sociedade, para a elaboração da resolução? Indo além: por que alguns demonstram *não querer nem aceitar* dialogar, tensionando e polarizando o cenário relacionado à implantação da política?

2.4. Política Antimanicomial e Reforma da Assistência Psiquiátrica

O surgimento dos manicômios, e da própria Psiquiatria, remonta ao início do século XIX. Eram inicialmente caracterizados por instituições nas quais *loucos de todo o gênero* eram segregados. Na era pré-farmacológica, antes de 1952, o tratamento era rudimentar e o controle dos sintomas, pouco efetivo. Frequentemente o paciente só deixava o manicômio em razão de sua morte. (Alves, 2001)

Os manicômios também foram historicamente utilizados para controle social, pois toda sorte de pessoas indesejáveis eram lá degradadas - adversários políticos, filhos ilegítimos, esposas cujos maridos queriam um novo relacionamento etc.

No Brasil, uma de suas faces mais terríveis é o Hospital Colônia de Barbacena, uma aprazível cidade serrana mineira. Inicialmente destinado a senhoras da alta sociedade carioca que “sofriam dos nervos”, foi paulatinamente se tornando num verdadeiro depósito de pessoas. Toda sorte de doentes mentais foram para lá

encaminhados. Mendigos retirados das ruas e dezenas de crianças com retardo mental, transferidas de um hospital que foi fechado.

Apartadas do mundo, despersonalizadas e desassistidas, dormiam em camas de palha e vestiam farrapos. Em ambiente de superlotação, padeciam de surtos de escabiose e diarreia. Morriam, algumas por dia, em decorrência de desnutrição, fome, frio e doenças como tuberculose. As mortes eram tantas que o hospital construiu, no terreno ao lado, um cemitério para dar conta de sua clientela. E o ampliou. Quase dois mil corpos de pacientes foram traficados, vendidos ilegalmente para faculdades de medicina. As mortes em manicômios eram superlativas: o mesmo padrão foi observado no Hospital Psiquiátrico do Juqueri, na região metropolitana de São Paulo, cujos livros assentaram o registro de 12.500 mortes em 24 anos (1965-1989) – em média dez por semana (Wikipedia, 2023a).

No final dos anos 1970 as mazelas do Hospital Colônia de Barbacena foram reveladas, após uma reportagem – o que culminaria com seu fechamento décadas mais tarde. A jornalista Daniela Arbex publicou o livro *“Holocausto Brasileiro”*, e dirigiu um documentário homônimo (Holocausto, 2016; Wikipedia, 2023b). Fica claro que o título é fiel ao que retrata.

Dessa maneira, por toda parte existiam manicômios e, paulatinamente, deu-se um movimento, a *reforma psiquiátrica* ou *do modelo de assistência psiquiátrica*. Sintetiza Jacobina:

Na psiquiatria, diversos movimentos sucedem-se à psiquiatria comunitária, a antipsiquiatria e o trabalho antimanicomial de Franco Basaglia, na Itália. Tudo isso foi paulatinamente criando uma grande tendência, designada genericamente de reforma psiquiátrica. Ela baseia-se, amplamente, na desospitalização (com negação do caráter terapêutico do internamento), abordagem interdisciplinar do fenômeno, reconstrução do sujeito e da cidadania em que antes havia uma individualidade aniquilada, dominada por forças sobre humanas. (Jacobina, 2008, p. 141).

Dalgalarrondo acrescenta que a reforma psiquiátrica também decorreu de políticas governamentais que foram implementadas, havendo motivação econômica, interesses políticos e profissionais (Dalgalarrondo, 2023). Ele também destaca o caráter de combate à própria especialidade que a reforma adquiriu, negando a contribuição que dos saberes da psiquiatria:

"Foi sugerido que o movimento de reforma psiquiátrica na busca pela desinstitucionalização pode ter tratado a psiquiatria como um todo negativamente (Onocko-Campos, 2019), ignorando a heterogeneidade de tradições e práticas psiquiátricas e inadvertidamente terminando com um viés antipsiquiátrico." (grifos nossos; Dalgarrondo, 2023).

Disso talvez decorra uma posição aguerrida por alguns militantes do movimento antimanicomial, verificada no cotidiano clínico, ao combaterem toda e qualquer internação psiquiátrica, mesmo que para casos agudos e em contexto não-asilar. Entre esses, alguns também subestimam ou desenham da necessidade do emprego do saber médico-científico, *ipsis literis*:

"A qualificação das intervenções psicossociais muitas vezes não acontece ou é mal interpretado pelo ativismo ingênuo do "política de boas intenções". Ou seja, a suposição é que o respeito, aceitação, liberdade, compreensão e calor humano são suficientes para lidar com transtornos mentais (esses aspectos do cuidado são sem dúvida necessários, mas insuficientes)" (grifos nossos; Dalgarrondo, 2023).

2.4.1. A Estrutura das RAPS no Brasil

Conforme mencionado no item 2.1 (p. 10), a Lei 10.216/01 deu início à reestruturação do sistema de saúde mental, com o tratamento realizado prioritariamente nos CAPS e outros equipamentos ambulatoriais. Contudo, após duas décadas, a situação é precária e o sistema, deficitário.

Em síntese, milhares de leitos em hospitais psiquiátricos foram fechados, sem a contrapartida de robustecimento dos serviços ambulatoriais e em hospitais gerais. Dalgarrondo menciona alguns indicadores em sua revisão recente (Dalgarrondo, 2023):

1. em 2022 havia 2.846 CAPS no Brasil, distribuídos em 1.910 cidades em todas as regiões; em parte deles, psiquiatras foram substituídos por médicos que necessitam de capacitação em psiquiatria;
2. em relação a leitos para condições psiquiátricas agudas, existe hoje um terço do que havia há 23 anos: (19.838 atuais, contra 72.514, em 1996 em 60.868, em 2000);
3. Em 2022 o Brasil dispunha de 639 hospitais gerais com 4.244 leitos destinados a atendimento psiquiátrico (tanto para desinstitucionalização de pacientes crônicos quanto para episódios agudos), 66% deles no estado de São Paulo;

4. Há hoje no país 9,4 leitos psiquiátricos por 100.000 habitantes; o ideal é entre 40 e 60; na Europa essa taxa varia entre 10,6 (Itália) até cerca de 180 (Bélgica, Alemanha, Suécia, Dinamarca e Espanha); Reino Unido tem 60.6 leitos por 100.000 habitantes;
5. Se considerado que no Brasil 15.000 são destinados para casos agudos graves, restam apenas 7 leitos psiquiátricos por 100.000 habitantes (usados para casos crônicos).

O autor destaca a delicadeza da situação brasileira:

“Os índices brasileiros atuais nos parecem marcadamente baixos para as necessidades de um país onde a prevalência de transtorno mental grave está no mesmo nível ou até mesmo maior do que em países de alta renda. Atualmente, pacientes agudamente doentes com transtornos de doença mental grave passam dias a semanas em salas de emergência ou UPAs lotadas aguardando internação em unidades psiquiátricas de hospitais gerais (UPHG) ou hospitais psiquiátricos, o que gera intenso sofrimento para os pacientes e seus familiares e riscos consideráveis”. (grifos nossos)

2.4.2. A Estrutura da RAPS do Distrito Federal

A Rede de Assistência Psicossocial do Distrito Federal (DF) conta tanto com recursos de atendimento difusos pela rede básica de saúde quanto em serviços especializados em saúde mental; entre outros. Nesse trabalho destacamos os de maior interesse, quando considerando o processo de fechamento da ***Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP)*** – o equivalente distrital dos HCTP.

A RAPS do DF conta com 18 CAPS, entre todas as suas modalidades (I, II, III, álcool e drogas, infância e adolescência) - distribuídos pelas sete regiões de saúde do DF. Se considerada a população do DF de 2022, tem uma taxa geral de 0,46 por 100.000 habitantes, o que é considerada uma “cobertura regular” (SES, 2022b).

Contudo, todas as regiões carecem de maior estruturação, por não contarem com todos os tipos de CAPS – conforme primoroso estudo de seus gestores (SES, 2022a); elaborado para subsidiar as ações de robustecimento da rede.

Além disso, todos os CAPS necessitam de fortalecimento de suas equipes multidisciplinares, que são desfalcadas, tanto por nenhuma delas estar completa quanto às categorias profissionais quanto pela **carga horária total (CH)** em atividade estar aquém da demanda necessária; se considerado o padrão estabelecido pelo estudo dos gestores (SES, 2022b).

Destacamos o caso dos médicos psiquiatras. Levando em conta os 18 CAPS, somente 3 (16%) tem CH compatível com a demanda assistencial; outros 3 (16%) tem CH correspondente a 60 e 90% da demanda; 10 (55%) tem CH compatível com 10 a 50% da demanda e; 3 (16%) não tem psiquiatra na equipe (SES, 2022b, p. 15).

Em relação à assistência hospitalar, o DF conta com 12 unidades de emergência, nos hospitais gerais. Para internação, são 167 leitos, assim distribuídos: **1-em hospitais gerais** (45) - Ceilândia (3); Gama (8); Região Leste (3); Santa Maria (6); Sobradinho (10) e; Guará (5) e; **2-em unidades psiquiátricas** (122) - Hospital São Vicente de Paula (83); Hospital de Base (36); Hospital Universitário (1) e; Hospital da Criança (2). Considerando a população do DF em 2022, tem-se uma taxa de 5,33 leito de internação psiquiátrica por 100.000 habitantes (considerando casos agudos e crônicos; SES, 2022b, p. 19).

Além disso, é importante destacar mais dois aspectos: **1**-que desde 2018 o governo do DF contratou a *Clínica Recanto de Orientação Psicossocial* para internações determinadas judicialmente para pessoas com de transtornos relacionados a álcool e drogas e, principalmente; **2**-que em novembro de 2023 a Secretaria de Estado da Saúde publicou um *Chamamento Público para Credenciamento* de Serviços de Residencial Terapêutico nível II (com cuidador), correspondendo a 100 vagas em quatro regiões administrativas; equipamento de fundamental importância no processo de desinstitucionalização de usuários provenientes de instituições manicomiais, inclusive a ATP (SES, 2022b, p. 21; DODF 2023, p. 53).

2.5. Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP)

2.5.1. A heterogeneidade dos HCTP

Para Paulo Jacobina, Procurador Regional da República, os HCTP são estabelecimentos penais, e não da saúde, cuja regulamentação se dá por remissão (Art. 99, parágrafo único) ao Art. 88 da LEP, que estabelece que “*o condenado será alojado em cela individual, que conterà dormitório, aparelho sanitário e lavatório*” (Jacobina, 2008, p. 134).

Por outro lado, também pode ser considerado um equipamento de saúde, na medida em que executa ações terapêuticas para os segurados. Nesse ponto existe controvérsia. Jacobina discorda, sustentando que a estrutura dos HCTP resulta numa realidade na qual *“a medida de segurança não tem conteúdo terapêutico nem identidade sanitária e está em profundo descompasso com a moderna legislação de saúde”* (Jacobina, 2008, p. 142).

A controvérsia também parece decorrer da heterogeneidade dos HCTP, quanto à estrutura física, existência de equipe multidisciplinar, tipos de tratamento realizados, tempo de internação e; existência de práticas de desinternação e reinserção social. Embora existam pouquíssimas publicações a respeito, ela foi bem ilustrada por duas reportagens. Na primeira, o programa *Profissão Repórter* contrasta a realidade do Hospital Psiquiátrico de Franco da Rocha, em São Paulo; com o HCTP do Estado da Bahia, em Salvador.

O nosocômio paulista foi pioneiro na iniciativa de desinternação progressiva. Apresentou-se o caso de um segurado que, após 20 anos, sairia definitivamente naquele dia. O psiquiatra da instituição, com 40 anos de experiência e proponente da desinternação, relatou que o segurado fora inicialmente condenado por homicídio de sua própria mãe. Após cumprimento parcial da pena e progressão do regime para liberdade, cometeu estupro – quando foi considerado inimputável e admitido naquele nosocômio. Após um longo processo de *desinternação progressiva*, com saídas cada vez mais longas autorizadas pela Justiça, readquirindo vínculos familiares e sociais, naquele dia ganharia a liberdade em definitivo, com vinculação para tratamento ambulatorial no CAPS próximo de sua casa (Profissão Repórter, 2023).

Em contraponto, a equipe de Caco Barcellos tentou acompanhar uma visita de inspeção ao HCTP soteropolitano, que seria realizada pelo magistrado responsável. Embora tenha sido previamente autorizada, a entrada da imprensa não foi permitida. A reportagem mostrou a tentativa de contato com o Secretário da Administração Penitenciária, que não lhes teria dado retorno. O relatório da inspeção registrou a existência de 214 internos, num cenário desolador: vivem numa completa ausência de cuidado em relação às condições de trabalho e abrigamento das pessoas; alas masculinas superlotadas, com poucos funcionários; ambiente escuro e úmido; paredes com mofo; quartos insalubres; canos e fiações expostos; banheiros sem higiene e esgoto a céu aberto (Profissão Repórter, 2023).

O estado de São Paulo concentra mais de um terço de todos os segurados em regime de internação do país e, aparentemente, seus HCTP tem uma estrutura mais aprimorada. É o que ilustra a segunda matéria jornalística, do Telejornal *Link Vanguarda* – concernente ao Hospital de Custódia de Taubaté. Ela registra, além do tratamento clínico, a existência de grupos de apoio dos *Narcóticos Anônimos* e *Alcoólicos Anônimos*, além de oficinas diversas, aulas de serralheria, marcenaria e até um curso profissionalizante de almoxarife, certificado pelo Instituto Federal; ação articulada com a promoção de trabalho e geração de renda, considerada importante no processo de desinternamento e reinserção social praticado pela unidade (Link Vanguarda, 2023).

Em semelhante teor, é o que sustenta a decisão do magistrado da 5ª Vara de Execuções Criminais daquele estado, cuja fundamentação traz (TJSP, 2023):

“Em outras palavras, a Lei Antimanicomial vedou a internação em instituições com características asilares, definindo estas como aquelas desprovidas de estrutura destinada a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

Ocorre que, no caso do Estado de São Paulo, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico estão estruturados de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e mais ainda, dispõem de oficinas de trabalho, artes e toda sorte de campanhas afirmativas ao longo do ano (combate à violência, doenças etc.)”. (grifos nossos).

Rebatendo Jacobina, Leandro Gavinier afirma que os HCTP são equipamentos da saúde, *sui generis* por não estarem formalmente integrados ao SUS. Seu *lugar de fala* é o exercício da Psiquiatria Forense, há quinze anos atuando no Hospital de Custódia de Taubaté, dez dos quais como Responsável Técnico junto ao Conselho Regional de Medicina, portando fiscal da boa prática médica (Gavinier, 2023b).

Gavinier sustenta que muitas internações em HCTP decorrem de tratamentos que falharam, no âmbito dos CAPS ou em internações nas clínicas para dependentes químicos. Para muitos deles, nem mesmo internações psiquiátricas (de caráter clínico) foram suficientes para controlar sintomatologia psiquiátrica relacionada ao cometimento de um crime (Gavinier, 2023b).

Por sua vez, o Promotor de Justiça Haroldo Caetano alinha-se com Jacobina, afirmando em que todos os HCTP tem caráter asilar. Fundamenta boa parte de sua análise o relatório de inspeção aos manicômios do Conselho Federal de Psicologia, de 2015, assim como a pesquisa de Diniz, realizada há uma década e (Caetano, 2008, p. 99).

O trabalho de Diniz será analisado adiante. Passemos ao trabalho dos representantes da Psicologia. Embora possa merecer a crítica de que não avaliou estados com grande contingente de internos, como São Paulo, Minas Gerais e Paraná; seus achados são contundentes e refletem problemas graves e estruturais. Por isso, é altamente provável que continuem atuais, mesmo após oito anos de sua publicação.

Em síntese, o Conselho Federal de Psicologia destacou os seguintes problemas: estrutura precária e superlotação; descumprimento de regras do processo de execução penal; precária ou nenhuma assistência jurídica e psicológica; disciplina e rotinas rígidas, com isolamento; demora para a realização de perícias; barreiras à convivência íntima; falhas nos registros documentais; falta de humanidade no atendimento, que é precário (CFP, 2015).

2.5.2. A Ala de Tratamento Psiquiátrico do DF (ATP)

Inaugurada em 1999, é vinculada à SEAPE e funciona no conjunto arquitetônico do Presídio Feminino do Distrito Federal, ou seja, um dos blocos do complexo foi adaptado para estar exclusivamente destinado ao cumprimento de medida de segurança em regime de internação, contendo alas feminina e masculina.

Conforme Diniz, em 2011 sua população era de 94 indivíduos, o que equivalia a 2% dos custodiados por MS no Brasil. Desses, 62 estavam em MS, 21 em MS por conversão de pena e 11 em situação temporária de internação. Diniz evidenciou que pelo menos 14 (17%) deles não deveriam estar internados: **1-**por cumprirem medida de segurança com a periculosidade cessada; **2-**por terem sentença de desinternação; **3-** por medida de segurança extinta ou; **4-**pela internação estar em curso sem processo judicial (Diniz, 2013, p. 105).

Em sua tese, Costa relata que em 2012 o MPDFT ajuizou uma ação civil pública para interditar a ATP, cuja justificativa teria sido a seguinte:

... “a ATP DF possui celas superlotadas e sem nenhuma característica de instituição hospitalar estruturada para oferecer tratamento aos internos submetidos à medida de internação. A estrutura física não é adequada para a realização de atividades terapêuticas nem para os demais serviços de que os internos necessitam. Além disso, não existe enfermaria para repouso ou para atendimentos emergenciais e sequer há plantão da equipe de saúde durante o período noturno e nos finais de semana. Os recursos humanos são insuficientes e os profissionais tanto da área da saúde quanto de segurança não receberam capacitação para trabalhar com os pacientes judiciários. As condições de cumprimento da medida observadas no ATP não permitem que se atinja a finalidade da medida de segurança, que é o tratamento e a reinserção social do segurado, além de contrariar a Lei 10.216/2001, que trata da reforma psiquiátrica” (Costa, 2015, p. 242).

Entretanto, dados recentes evidenciam que aquele cenário mudou radicalmente. Em agosto de 2023 a unidade tinha 146 internos, sendo 126 homens e 20 mulheres, das quais 14 se identificam como mulheres cis e outras 6 como mulheres trans. A capacidade da unidade é de 162 internos, inexistindo superlotação tanto na ala feminina quanto na masculina (TJDFT, 2023a).

Todos tinham diagnóstico psiquiátrico identificado, sendo que: **107** estavam em cumprimento de MS de internação; **15** eram cumpriam pena privativa de liberdade e foram temporariamente transferidos para a ATP, por quadro psiquiátrico agudo; **6** tiveram sua MS inicialmente ambulatorial convertida para MS internação; **15** estavam submetidos a internação provisória decorrente de problema mental grave no momento da prisão (aguardando decisão judicial) e; **3** estavam presos preventivamente, mas apresentavam graves problemas de saúde mental (TJDFT, 2023a).

É importante destacar que dentro da ATP há uma unidade de saúde destinada exclusivamente para seus internos, que desenvolve o plano terapêutico individualizado, independentemente de situação processual. Provida pela Secretaria de Estado da Saúde, funciona inclusive aos finais de semana, mesclando recursos básicos com especializados, contando com equipe multiprofissional composta por: 1 assistente social; 2 psicólogos; 3 enfermeiros; 8 técnicos de enfermagem; 1 médico psiquiatra e clínico e; 1 odontólogo (TJDFT-GT, 2023b).

As atividades terapêuticas incluem, além do acompanhamento com psiquiatra e psicólogo propriamente ditos, atividades de cultura, lazer e inclusão social, por

exemplo: elaboração de horta, grupo musical, academia ao ar livre (“ponto de encontro comunitário”), sessões de cinema e; de ensino (ensino provido pela Secretaria de Estado da Educação; TJDFT-GT, 2023b).

Do ponto de vista das rotinas de avaliação para fins de revisão processual, tanto a equipe multidisciplinar da ATP, quanto a Seção de Psiquiatria Forense do IML/DF realizam reavaliações periódicas – esta a partir de determinação da Vara de Execução Penal, cuja seção psicossocial também opina quando necessário. Acredita-se que o cenário distrital seja *sui generis*: em novembro de 2023 mais de 90% dos internos da ATP tinham sido submetidos à perícia psiquiátrico-forense, realizada pelo IML, há no máximo 18 meses.

É importante mencionar, ainda, três aspectos: **1**-como contraponto às internações, em agosto de 2023 o DF tinha quase o mesmo número de segurados em tratamento ambulatorial – 138; seja por ter sido estabelecida primariamente como modalidade de tratamento (92), ou; pelo segurado estar em desinternação condicional (46); **2**-esse trabalho conta com os técnicos da Seção de atendimento psicossocial da VEP, que monitora de forma próxima todo o cumprimento das MS, sob a supervisão do GMF/DF e; **3**-para se conhecer o atual perfil dos segurados da ATP, particularmente quanto aos aspectos de interesse à desinstitucionalização, um estudo, inspirado no Censo de Diniz, está sendo elaborado por dois professores da UnB que atuam em Psiquiatria Forense (Castello & Brito, 2023; Diniz, 2013; TJDFT, 2023a).

2.5.3. Os HCTP vistos por outra perspectiva

Pelo que apresentamos, parece ser cristalino que a análise dos HCTP precisa ser realizada individualizadamente. Entretanto, ainda que adotemos uma visão de espectro, no qual há unidades piores e melhores, todas representam algo ruim – se considerado outra perspectiva de análise, que evoca a própria condição humana e transcende a análise cartesiana oferecida até aqui.

Trata-se da condição entristecedora de qualquer agrupamento humano vulnerável e o que se experiencia quando, empaticamente, com eles se trava contato. Afinal, quem não se dói ao visitar um abrigo de crianças abandonadas e saber que,

por mais que possam estar bem cuidadas, a maioria jamais terá uma família e, compulsoriamente, terá que se mudar para outro local quando alcançar a maioridade?

Analogamente, o que sentir ao visitar uma instituição de longa permanência para idosos (“casa de repouso”) e não se compadecer de velhos em situação existencial tão precária, ainda que suas necessidades estejam sendo providas de forma digna? Não se trata, portanto, apenas de condições insalubres, de insuficiência de cuidados ou de maus tratos - mas algo mais amplo e inerente à existência humana.

É nesse cenário que encontramos os acometidos por transtorno mental que, por sua condição, em regra são estigmatizados pela sociedade – que os repulsa. Mesmo aqueles que nunca foram infratores. Quem nunca se incomodou com uma criança autista agitada num restaurante; ou aquele vizinho “esquisitão”, que por sua esquizofrenia vive claramente atormentado, “fala sozinho” e outros comportamentos “bizarros”? Ou o colega de trabalho de difícil convívio, em razão de marcante instabilidade emocional? Por óbvio, observa-se que a repulsa é ainda mais intensa com aqueles que cometeram crime.

Portanto, o contato com loucos infratores aglutinados, em qualquer lugar que a sociedade os colocar, por mais bem cuidados que estejam, suscitará sentimentos desagradáveis para a maioria das pessoas; inclusive porque são o espelho pelo qual o observador vê refletida sua própria fragilidade, intrínseca da condição humana.

Constatada então a dor, pergunta-se: onde podemos nos socorrer? Em muitos lugares. Na práxis intelectual da humanidade, com saberes nos mais variados campos da ciência. Nos mistérios da fé, que podem confortar a alma. De forma pragmática, no entanto, no resumo do filósofo e professor de Psiquiatria Forense, Daniel Barros, que sintetizando o que são os HCTP, descreveu:

“Pense num lugar triste. De uma tristeza sólida, onde é possível praticamente tocar a desesperança com as mãos. Tristeza radical. Assim são os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, antigos manicômios judiciários”... “a tristeza é que, na prática, esses estabelecimentos funcionam mais como custódia do que tratamento” (BARROS, 2023).

O que se pretende aqui é lançar o convite para uma ampliação do olhar. Ir além da análise dos fatos e das teorias. Fazer uma breve pausa, com esta digressão, para respirar e fazer uma reflexão necessária. Pois ela atribui humanidade, sentido e propósito aos que lidam com o louco infrator.

2.6. O perfil dos internos dos HCTP no Brasil

2.6.1. O Censo dos HCTP de 2011

A professora da UnB Débora Diniz coordenou, em 2011, a realização do censo populacional das instituições de custódia psiquiátrica no Brasil – trabalho encomendado pelo Departamento Penitenciário Nacional (Depen), do qual extraímos (Diniz, 2013, p. 40 a 55):

1. Amostra: foram avaliadas 3.989 pessoas internadas em 26 unidades de custódia psiquiátrica (23 HCTP e 3 ATP), em 19 estados e no Distrito Federal;
2. A duração média, para aqueles em **medida de segurança por conversão de pena (MSCP)**, era de 4 anos, assim distribuídos: 21% com menos de 1 ano; 47% entre 1 e 3 anos; 11% entre 4 e 5 anos; 14% entre 6 e 10 anos; 6% entre 11 e 20 anos;
3. A duração mínima da medida de segurança (MS) estava expressa na sentença em: 79% dos casos de MSCP e 71% nos de MS; das que omitiram tal informação, obrigatória a partir da Lei 10.216/01, foram sentenciados antes da lei 18% das MSCP e 10% das MS;
4. Em relação ao exame anual de verificação de periculosidade (EVCP) estavam em atraso 41% dos internos em MS e 35% daqueles em MSCP; a média de atraso era de 32 meses;
5. Dos internos com EVCP realizado, **1**-a periculosidade foi considerada cessada para 28% daqueles em MS e 24% dos em MSCP; **2**-havia sentença para desinternação em 7% dos em MS e 6% daqueles em MSCP;
6. Infrações penais (IP) dos internos com MS, do universo de 99 IP, eram crimes contra: 43% vida; 29% patrimônio; 15% dignidade sexual; 4% liberdade individual e; 4% pela lei antidrogas;
7. Infrações penais (IP) dos internos com MSCP, do universo de 149 IP, eram crimes contra: 52% patrimônio; 39% vida; 16% dignidade sexual; 4% liberdade individual; 4% administração pública e; 4% pela lei antidrogas;
8. Em relação a existência de infração penal prévia: **1**-não apresentavam antecedente 69% (MS) e 39% (MSCP) e; **2**-tinham registro de pelo menos uma ocorrência 25% (MS) e 56% (MSCP);
9. Em relação ao número de internações, temos: **1**-para aqueles em MS, 74% estavam na primeira, 18% na segunda e 7% na terceira ou mais; **2**-dos em cumprimento de MSCP, 67% estavam na primeira, 15% na segunda e 18% na terceira ou mais;
10. De um universo de 91 diagnósticos psiquiátricos, as pessoas internadas apresentaram: **1**-para MS, 42% esquizofrenia; 16% retardo mental; 11%

transtorno devido a álcool e drogas; 5% transtornos de personalidade e; 3% epilepsia; 2-para MSCP, 44% esquizofrenia; 12% retardo mental; 17% transtorno devido a álcool e drogas; 6% transtornos de personalidade; 3% epilepsia e; 2% transtorno de preferência sexual; **fundamental ponderar terem sido desconsideradas as comorbidades, o que pode ser uma limitação do estudo – conforme discutiremos a seguir;**

Os dados relacionados tornam evidente ter sido um trabalho de envergadura, com resultados superlativos: quase quatro mil internos avaliados, em 26 instituições de custódia, em 20 unidades da federação. Destacamos alguns resultados, de particular interesse.

1. A duração média dos que estavam em MSCP foi de 4 anos; entretanto, 68% deles tiveram internações de até 3 anos e; 6% entre 10 e 20 anos; qual o perfil desses 6%, com reclusão tão extensa?
2. A média de atraso para o ECVP era de dois anos e meio, sendo que entre 35 e 41% dos internos estavam em tal condição; o que representa ineficiência estatal e clara violação de Direitos Humanos;
3. Em semelhante teor, e ainda mais grave, entre os internos que realizaram ECVP, um quarto teve a periculosidade cessada e; 6% tinham sentença extinguindo a MS;
4. Entre os tipos de infração penal que ensejou MS ou MSCP, aproximadamente 40% eram de crimes contra a vida e; 15% contra a dignidade sexual; evidenciando que a população avaliada tinha, majoritariamente, envolvimento com crimes de maior potencial ofensivo – ensejando cautela para seu manejo quanto ao risco de agir com violência, conforme discutiremos a seguir;
5. O mesmo cuidado se combina com os achados de infração penal prévia, que evidenciam que entre 25 e 56% dos internos avaliados havia reincidido em prática delitiva;
6. Em semelhante teor, a evidência de recorrência delitiva é caracterizada pela observação de que um quarto a um terço dos internos tinha histórico de no mínimo duas internações;
7. Entretanto, um dos pontos mais interessantes é a limitação de interpretação dos diagnósticos psiquiátricos; conforme evidenciamos na máscara do banco de dados, correspondente à ficha de coleta dados do estudo (Diniz, 2013, p. 378, campos 21 e 22); só foi possível atribuir um diagnóstico psiquiátrico por paciente, inviabilizando o registro de transtornos concomitantes, comprometendo a análise de eventuais comorbidades e a precisão dos diagnósticos; tal expediente representa um viés metodológico, que certamente limita a interpretação dos resultados de morbididade;

8. Como exemplo relacionado ao item anterior, citamos que os transtornos de personalidade ocorrem frequentemente associados a outros transtornos: permitindo inferir que a sua prevalência de 5% está subestimada; de mesma forma, os transtornos psicóticos, inclusive a esquizofrenia, frequentemente é desencadeada por uso de drogas – o que pode ter falseado ambas as prevalências; evidentemente tais ponderações não ofuscam o ineditismo e brilhantismo do estudo, mas modulam a interpretação de seus resultados e o delineamento de futuros estudos, como o já citado em curso, pela UnB (Castello & Brito, 2023).

2.7. Periculosidade: um recorte da visão jurídica

A Resolução nº 487 do CNJ foi recebida com perplexidade por muitos operadores do Direito e da Medicina, em grande medida por desconsiderar o fenômeno da “periculosidade” - ou *risco de agir com violência*, no jargão psiquiátrico-forense moderno (ABMLPM, 2023; ABRML, 2023; AMML, 2023; APB, 2023; CREMEGO, 2023; CREMEGO, 2023; CREMERS, 2023; CREMESP, 2023).

Entretanto, com o advento do *Seminário Internacional de Saúde Mental*, promovido pelo CNJ em junho de 2023, em Curitiba, a fundamentação da resolução foi se tornando mais clara – algo também consolidado com a publicação de seu Manual Orientador em setembro do mesmo ano (TJDFT, 2023b) e a promoção de treinamentos especializados, como o *Curso de Atualização em Saúde Mental, Direitos Humanos e Políticas Públicas*, promovido pela Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz, 2023, apontamentos de aula) – no qual lecionaram alguns integrantes do grupo de trabalho que elaborou a resolução.

Não pretendemos aqui fazer uma análise aprofundada sobre as diversas compreensões jurídicas sobre o conceito de periculosidade, pois iremos nos ater àquela utilizada pela resolução, foco do presente trabalho.

O mencionado manual destaca, como marco teórico para a fundamentação da resolução, o *Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei nº 10.216/01, ipsius literis* (CNJ, 2023b, p. 31; MPF, 2011):

“Trata-se de produto originário da atuação de uma comissão multidisciplinar composta por autoridades especializadas no tema, convocada para realizar uma análise da legislação penal, processual penal e da Lei de Execução Penal (LEP) no que diz respeito ao cumprimento das medidas de

segurança conforme a Lei n. 10.216/2001, sistematizando, pela primeira vez, diretrizes que buscavam solucionar o conflito aparente das referidas normas”

Nas conclusões do Parecer do MPF consta (p. 59), que **"O conceito de periculosidade, por sua vez, é *dúbio* no que tange à aplicação de sanção aos inimputáveis e semi-imputáveis. Tal observação justifica-se em virtude de estar em desacordo com o atual desenvolvimento científico" (grifo nosso).**

Tal conclusão remete à seção do Parecer que aborda a análise médico-científica da *"periculosidade"*; elaborada, a pedido da comissão, por um médico sanitário (com experiência psiquiatria clínica) e uma psicanalista e professora de psicologia (MPF, 2011, p. 35 a 44).

Embora tenham afirmado que *"enfatizamos a extrema complexidade do tema"*, em nosso entendimento ofereceram um conteúdo superficial e muito distante da ciência psiquiátrico-forense ou psicológico-forense; o que, entre outros fatores, provavelmente decorre da trajetória profissional de ambos^{2,3} - pouco afeita à vivência nessas áreas.

O sistema de classificação nosológica da psiquiatria (CID-10 e DSM) foi apresentado, mas sem as ponderações que figuram na própria publicação (DSM) - quanto ao cuidado para seu emprego na área forense.

Além disso, reduziram análise todos os tipos de adoecimento mental (psicoses, transtornos do humor, deficiência intelectual, epilepsias etc.) a considerações sobre *"sociopatia"*, como se o mister do psiquiatra fosse circunscrito à realização de *"juízo moral"* sobre *"desvios de caráter"*.

Os pareceristas fundamentaram sua análise principalmente nos conceitos psicanalíticos de Freud. Embora a psicanálise deva ser louvada, ela não se combina com o entendimento dos fenômenos de adoecimento mental secularmente estudados pela Psiquiatria, cuja operação é lastreada no estudo e aplicação da Psicopatologia – ciência de profunda base fenomenológica que identifica a existência, ou não, de *"doença"*; destoando das demais áreas do conhecimento, afeitas ao entendimento da personalidade e dinâmica do psiquismo, por exemplo.

² Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira. Currículo *Lattes* disponível em: <http://lattes.cnpq.br/7164075918880484>

³ Profa. Dra. Margarida Calligaris Mamede. Currículo *Lattes* disponível em: <https://bit.ly/3R4YHAX>

Nosso entendimento pela superficialidade também se justifica porque a análise sequer menciona a existência de um ramo do conhecimento científico – a Psiquiatria Forense, ainda que superficialmente. Discorreram sobre a temática das medidas de segurança sem mencionar nenhum de seus autores, sendo que o Brasil dispõe de profissionais de renome internacional. Disso decorre, naturalmente, que inexistiu no parecer menção a aspectos centrais para a avaliação de loucos infratores, como aquilatar a existência de perda de juízo da realidade e a capacidade de controlar impulsos; entre outros que trataremos à frente.

Concluem sua análise trazendo à baila uma reflexão sobre os conceitos de que todo crime seria fruto de patologia mental - inquirindo se existiria pessoa naturalmente a ele inclinada. Dessa maneira, conectam o ato de avaliação da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei com concepções ultrapassadas - Lombrosiana, de criminoso nato e; Kraepeliana, de que todo crime é fruto de adoecimento mental. Nada mais anacrônico para os operadores da Psiquiatria Forense moderna, contribuindo para confundir o leitor, ao induzi-lo à falsa percepção de que esta é a prática atual dos psiquiatras forenses.

Outros autores se alinham com o mesmo ideário. Destacamos Jacobina e Caetano, este um expoente da luta antimanicomial, cuja trajetória merece reverência (Caetano, 2018; Jacobina, 2008). Jacobina (p. 131), define doutrinariamente periculosidade:

“E quem é o perigoso? Para a doutrina, periculosidade é a 'potência, a capacidade, a aptidão ou a idoneidade que um homem tem para converter-se em causa de ações danosas'. Ora, como em tese qualquer pessoa viva tem a potência, a capacidade e a aptidão ou idoneidade para converter-se em causa de ações danosas, não faltaram autores para apontar a imprecisão de tal conceito, tendo o direito penal brasileiro adotado o princípio da presunção de periculosidade para o inimputável que praticar fato típico e antijurídico”.

Ele também sustenta que o conceito jurídico de periculosidade não tem base científica (Jacobina, 2008, p. 141 e 142), *ipsis literis*:

“O determinismo arraigou-se, dando espaço para o surgimento da criminologia, com pretensões científicas.”... “Perigosos somos todos, em tese – embora não se possa negar que haja a possibilidade de prever que o ser humano, submetido a determina das condições, tenha maior probabilidade de cometer crimes. No entanto, essa é uma ilação probabilística. Não pode servir de base filosófica para a construção de todo um sistema repressivo

independentemente da noção de culpa como fundamento da responsabilidade penal”

Ao nos debruçarmos sobre a tese de doutoramento de Caetano, temos diversos aspectos interessantes por ele oferecidos.

O conceito de *periculosidade* remonta à escola do Direito Positivista, que a concebe como algo nato, biologicamente determinado: a pessoa “nasce criminoso” – o que se coaduna com as ideias do psiquiatra italiano Cesare Lombroso (Caetano, 2018, p. 32 a 38). Ressalte-se que embora tenha dado contribuições para o progresso da Ciência, a seu tempo, o repertório lombrosiano é hoje tido como inaplicável, por seu conteúdo racista e eugenista, entre outras qualidades indesejáveis.

Partindo do pressuposto da *periculosidade*, diversas teorias elaboraram o conceito de *medida de segurança*. Mas foi a doutrina de Franz Von Liszt que a concebeu como mecanismo eficaz de defesa social, para o Estado se defender dos *perigosos*. Esse ideário foi incorporado ao código penal suíço em 1893 e, a partir de então, replicados pelas legislações europeias e da América Latina. (Caetano, 2018, p. 32 a 43).

Segundo Caetano, o Código Penal Brasileiro em 1940 acolheu a *medida de segurança* no ordenamento pátrio, chancelando um caráter punitivo-corretivo, bem como destinado ao controle social de vulneráveis; o autor destaca que sua matriz foi o código penal da Itália fascista (p. 43 a 59).

Destaca-se, em seu audacioso trabalho, a conclusão de que a *periculosidade* é um conceito estritamente jurídico; não encontrando amparo nos saberes da Medicina, *ispsis literis*:

"O conceito de periculosidade é, pois, de conteúdo jurídico, uma vez que resulta da junção entre dois fatores normativos que tentam lhe dar alguma sustentação: a loucura e a prática do crime" ... "Como se percebe, a periculosidade não se fundamenta em um conceito de natureza médica, como poderia parecer à primeira vista" (Caetano, 2008, p. 67; grifos nossos).

A despeito da minuciosa análise histórica dos conceitos de *periculosidade* e das *medidas de segurança*, Caetano não se aprofundou em sua correlação com os fundamentos da psiquiatria. Isso teria sido de grande valia, considerando que o fenômeno que está sendo estudado – a *periculosidade*, guarda relação próxima com

a compreensão do comportamento humano - objeto central de estudo para os profissionais da saúde mental.

A análise poderia, ainda, ter invocado os saberes e práticas de outras áreas do conhecimento - que também extrapolam o mundo jurídico, por exemplo: Antropologia, Sociologia, Psicologia e Teologia; entre outros. Optou por permanecer restrito aos asclépios.

Nesse diapasão, uma vez que teceu considerações somente sobre a prática psiquiátrica, criticando-a, é importante ponderarmos que poderia tê-lo feito com maior embasamento – por isso ensejando esclarecimentos. Isso se justifica principalmente porque tal lapso, contribuiu para conclusões significativamente enviesadas.

Em toda a tese há apenas uma citação relativa aos fundamentos da Psiquiatria Forense, cuja referência, de 2003, há muito é considerada ultrapassada. Ela emprega o anacrônico critério estritamente biológico, lombrosiano, *ipsis literis*:

“os alienados mentais criminosos são, salvo raras exceções (quando não há nexos causal entre psicopatologia e crime), biocriminosos puros (o biológico determina a psicopatologia que leva ao crime)” (Palomba, 2003, apud Caetano, 2008, p. 65)

Além dessa, entre as conclusões de Caetano que carecem de aperfeiçoamento, destacamos (p. 46), *ipsis literis*:

“[a] praxe da psiquiatria forense a ideia de periculosidade está intimamente ligada à própria loucura, que normalmente reflete uma condição do sujeito que não se modifica com o passar do tempo (aliás, acaba por se agravar em função do prolongado período de aprisionamento manicomial), de maneira que a periculosidade custa a ser afastada e o louco tende a seguir indefinidamente detido no manicômio judiciário”. (grifos nossos)

Tal constatação é rasa demais, e desconsidera os elementos basilares de interesse do psiquiatra. Há muito que a matriz de pensamento psiquiátrico-forense envolve uma abordagem *biopsicossocial*, não se entendendo o *risco de agir como violência* como algo meramente ligado a fato de alguém ser acometido por transtorno mental. É o que discutiremos a seguir.

2.8. Porque a Psiquiatria Forense é indispensável

2.8.1. O psiquiatra, a doença mental e a antipsiquiatria

A função do psiquiatra, segundo Barros (2020, p. 4), é *“encontrar o ponto em que o sofrimento psíquico é patológico, passível de intervenção médica, e limitarmos ao diagnóstico, ao prognóstico, à prevenção e ao tratamento nessas condições”*.

Isso porque os transtornos mentais tem o condão de resultar em importantes modificações no comportamento humano: **1-favorecem** posturas e atitudes bizarras; **2-turvam** a consciência; **3-distorcem** a conduta social e moral; **4-criam** percepções anormais da realidade; **5-tornam** o pensamento veloz, ou lento e deturpado; **6-eliminam** os valores morais, éticos e estéticos; **7-criam** sentimentos e emoções anormais; **8-embotam** relações afetivas e; **9-prejudicam** a linguagem, que não se presta mais a uma comunicação adequada; entre outros aspectos. (Abdalla-Filho, 2011, p. 84).

É preciso considerar, entretanto a existência da antipsiquiatria - um ideário nascido na esteira dos movimentos libertários dos anos 1960 e 1970 que combateu o modelo de assistência psiquiátrica então vigente. Entretanto, desde então alguns de seus defensores exageraram, com discurso radical que nega a própria existência dos transtornos mentais, justificando que todo diagnóstico psiquiátrico é uma tentativa de padronização de comportamentos, segundo os interesses daqueles que estão no poder (Barros, 2020, p. 4). Em síntese, levam às últimas consequências a concepção de relações de poder, de Michel Foucault.

Isso posto, é preciso que tenhamos clareza sobre duas coisas: **1-Conforme** esclarece Barros (2020, p.4), trazendo a dose de realidade necessária - *“não se pode negar a existência das doenças psiquiátricas – um mínimo de vivência clínica e honestidade intelectual bastam para tanto”* e; **2-De acordo com Dalgalarrodo (2023), a antipsiquiatria é um dos componentes da luta antimanicomial**; o que permite entender diversos aspectos relacionados à forma e ao conteúdo da Resolução nº 487 do CNJ, por exemplo: negar que a *“periculosidade”* existe não faz com que ela desapareça da realidade dos fatos.

2.8.2. Uma especialidade jovem que existe há 200 anos

A Psiquiatria Forense é uma especialidade “híbrida”, considerada tanto um ramo da Psiquiatria quanto da Medicina Legal. Em apertada síntese, dedica-se ao estudo e aplicação dos saberes da Psiquiatria ao Direito, em todas as suas vertentes.

Ela tem em seu cerne o entendimento do comportamento humano e sua relação com as leis e normas; bem como os aspectos a isso relacionados. Fundamenta-se em três conceitos filosóficos, e legais, indispensáveis para seu estudo e prática: o *discernimento* e as capacidades de *entendimento* e *determinação* (Abdalla-Filho, 2011, p. 28).

Um de seus fundamentos basilares é a promoção e salvaguarda dos Direitos Humanos; algo sintetizado por Taborda, histórico expoente da especialidade no Brasil, da seguinte forma:

"Toda medida de proteção a uma pessoa ou grupo humano vulneráveis exige que, primeiro, se discrimine quem é vulnerável. Assim, uma questão atual consiste em estabelecer se medidas de proteção a enfermos mentais são avanços da civilização ou, contrariamente, um abuso a mais cometido contra eles" (Abdalla-Filho, 2011, p. 28).

No Brasil, a Psiquiatria Forense foi regulamentada como área de atuação há pouco mais de uma década. Entretanto, historicamente, a Psiquiatria e a Justiça sempre foram parceiras, algo que se confunde com seu próprio surgimento como especialidade médica. Em 1745 Phillipe Pinel, em Paris, libertou loucos criminosos dos grilhões a que eram submetidos nos manicômios, instituindo tratamento mais humanizado (Barros, 2020, p. 4).

O nascedouro da Psiquiatria Forense, ao menos para os países de matriz legal romana, é o caso Pierre Rivère, ocorrido em 1835. Aos 20 anos, ele assassinou brutalmente sua mãe, irmã e irmão, degolando-os. Foi Esquirol, discípulo de Pinel, que elaborou um relatório registrando a existência de um grave transtorno mental na gênese do crime.

No Brasil, na década de 1930, Heitor Carrilho elaborou um laudo pericial a respeito de Febrônio Índio do Brasil, que cometeu crimes seriados de grande repercussão. Para os conceitos da época, psicopatia e paranoia.

Entretanto, é preciso reconhecer que a Psiquiatria Forense tem seu lado sombrio, por exemplo com práticas racistas e eugenistas, que embora consoantes com os preceitos de sua época, se mostraram insustentáveis ao longo do tempo (Barros, 2020, p. 18).

É o caso do Médico-Legista Leonídio Ribeiro, que atuou na Polícia da Capital Federal nos anos 1930 e empregava conceitos lombrosianos para “tratar” “*homossexualismo*”, com terapias hormonais. Ele também estudou os biotipos dos “*negros criminosos*” e homossexuais, tendo sido considerado um expoente de sua geração (Gutman, 2010). Destacamos, embora de forma acanhada, que o Instituto de Medicina Legal do Distrito Federal tem o seu nome, desde 1976; em razão de um decreto do Senado Federal – algo que a nosso ver carece de revisão.

Sobre a tortuosa história da Psiquiatria Forense, Barros, sintetizou:

“Olhando em perspectiva, os erros e acertos da psiquiatria forense foram momentos em que a comunicação entre a psiquiatria e a sociedade foram ou não felizes. Nas situações históricas em que os psiquiatras conseguiram se ater ao seu papel técnico, diagnosticando e aliviando o sofrimento mental patológico – aquele causado pela interação prejudicial entre a mente do sujeito e seu ambiente – e ainda auxiliando a justiça com o conhecimento sobre o adoecimento psíquico, esses profissionais cumpriram a essência de sua função, com benefícios para todos. Porém, quando extrapolaram seus limites, colocando – mesmo que inadvertidamente – interesses momentâneos acima dos valores perenes, como beneficência e autonomia, por exemplo, sua atuação tornou-se desastrosa, como pode ser atestado pela história.” (grifos nossos; Barros, 2020, p. 7):

Durante o período da ditadura militar (1964-1985), a especialidade teve praticamente nenhuma expressão, ficando restrita a algumas instituições oficiais. “*Com honrosas exceções, percebia-se quase um constrangimento em ser psiquiatra forense*” - registrou Abdalla-Filho (2016, p. 54).

Felizmente, nas décadas recentes a especialidade passou por transformações importantes no Brasil, com avanços científicos e modernização de práticas, por exemplo em relação a uma forma mais sistematizada de avaliar *risco de agir com violência*.

Esse movimento se iniciou com a redemocratização do Brasil, em meados dos anos 1980 e ganhou força nos anos 1990, na esteira do processo de reforma da

atenção psiquiátrica; após mais de duas décadas com pouquíssima produção científica (Abdalla-Filho, 2016, p. 54 e 268).

Diversos núcleos especializados de Psiquiatria e Psicologia forenses foram criados em grandes universidades, incrementando a produção acadêmica e a formação de profissionais tecnicamente mais preparados, inclusive com vagas para Residência Médica em Psiquiatria Forense – desde 2010 reconhecida como subespecialidade da Psiquiatria.

Nesse trabalho não abarcaremos todos os campos de atuação da Psiquiatria Forense, que dialoga com todos os ramos do Direito e com os aspectos éticos que regem a Medicina; sendo por isso frequentemente requisitada para discussões éticas com outras especialidades. Ofereceremos, entretanto, considerações para aclarar o que é considerado sua prática atual na esfera criminal.

2.8.3. Crime associado à alteração mental

Investigar, do ponto de vista médico, se uma alteração do estado mental tem relação com o cometimento de um crime é uma tarefa revestida de alta responsabilidade – ensejando que o médico atue com a maior acurácia possível.

Barros, em relação à avaliação da **imputabilidade penal** (*incidente de insanidade mental*), orienta que a correlação dos achados psiquiátricos com os termos da lei “*doença mental*” e “*perturbação da saúde mental*”, deve ser realizado a partir da fenomenologia psicopatológica e circunstâncias observadas em cada caso, individualizadamente. Deve, portanto, o perito se abster de fazer correlações pré-estabelecidas, por exemplo “*doença mental*” sempre estar associada a transtornos graves e “*perturbação do estado mental*” a casos menos graves (Barros, 2020, p. 58).

Como corolário um esquizofrênico pode não ser considerado grave, assim como um transtorno de impulso, geralmente brando, pode se apresentar como grave e levar à perda de entendimento e/ou autocontrole, portanto capacidades de entendimento e autodeterminação (Barros, 2020, p. 58).

Além disso, o autor reforça o caráter biopsicológico da prática psiquiátrico-forense contemporânea (Barros, 2020, p. 59):

“É importante ressaltar, novamente, que não basta ter algum transtorno mental para determinar a imputabilidade penal de uma pessoa. É condição sine qua non a existência de nexo causal entre o transtorno apresentado e o ilícito penal cometido. Portanto, para o uso adequado do critério biopsicológico, adotado por nosso ordenamento jurídico, é necessária uma avaliação em três níveis: diagnóstico (biológico, nos termos jurídicos), psicopatológico (psicológico, nos termos jurídicos) e nexo causal” (grifos nossos).

2.8.4. Periculosidade versus *Risco de Agir com Violência*

Passemos, então, a avaliação do *risco de agir com violência* (“periculosidade”).

No tratado *Psiquiatria Forense de Taborda*, Abdalla-Filho traça um breve histórico do passado recente, sobre a avaliação de “periculosidade”:

Durante o século XX, no Brasil e na América Latina, realizava-se uma avaliação clínica não estruturada baseada na experiência clínica do avaliador e no diagnóstico do avaliado. Tais situações contribuía para um possível exagero na predição da periculosidade de indivíduos com transtorno mental. Vários estudos realizados ao longo dos anos de 1970 denunciaram o despreparo dos médicos no sentido de realizar uma adequada avaliação do risco de violência por parte dos pacientes psiquiátricos ... “as avaliações eram realizadas em um formato dicotômico, estabelecendo a presença ou ausência de periculosidade, ou seja, fazendo um diagnóstico categórico, em vez de estabelecer um prognóstico probabilístico” ... “Nas últimas décadas, ocorreram importantes avanços científicos na sistematização da avaliação de risco de violência”. (grifos nossos; Abdalla-Filho, 2016, p. 268)

A orientação hodierna é que, embora não se possa negligenciar a existência de doença mental como potencial contribuinte de comportamento violento; não se deve supervalorizar sua importância. Nesse sentido, o risco de agir com violência está mais ligado a ação delituosa do que ao indivíduo em si, e isso está na dependência de diversas circunstâncias (Abdalla-Filho, 2011, p. 187). Essa afirmativa se coaduna com o que aludiu Caetano, em relação ao louco infrator, ao invocar *Ortega y Gasset*: “*Eu sou eu e minha circunstância, e se não salvo a ela, não me salvo a mim*” (Caetano, 2018, p. 24).

Como dito, a avaliação do *risco de agir com violência* deve se ater ao caso concreto, baseada em elementos claros, com a maior objetividade possível. Em outras palavras, uma probabilidade aquilatada com base em aspectos técnicos. Torna-se óbvio, portanto, ser algo completamente diferente da visão lombrosiana, que concebe alguém “ser perigoso” de forma abstrata (Abdalla-Filho, 2016, p. 277).

Nesse sentido, é fundamental retomar porque avaliar “*periculosidade*” não é apenas um conceito jurídico, uma vez que estabelecer prognósticos é ato corriqueiro e indissociável da prática médica.

Assim, com base em elementos técnico-científicos, o psiquiatra forense poderá estipular uma chance, ou risco, quanto à pessoa *agir com violência* – sendo altamente recomendável que se abstenha de usar respostas dicotômicas (sim ou não), e exprima em seu laudo a magnitude da probabilidade - baixa, média ou alta; explicando as circunstâncias que o levaram a tal conclusão (Abdalla-Filho, 2016, p. 274)

Essa forma de agir do psiquiatra forense é idêntica à prática existente nas demais áreas da Medicina, por exemplo quando um clínico avalia a gravidade de um quadro infeccioso e externa probabilidades de melhora, inclusive em relação ao transcurso do tempo. É um raciocínio clínico basilar, que se aplica desde uma simples infecção de garganta a até um caso de câncer avançado, com metástases.

Em igual teor, na condução clínica de pacientes psiquiátricos o prognóstico é parte indissociável do ato médico. Por exemplo, ao se diagnosticar um episódio depressivo, verifica-se a magnitude de sintomas e o grau de prejuízo que ele está causando no funcionamento pessoa; assim como outros elementos que modulam o entendimento do quadro como um todo (estrutura da personalidade, sintomas associados, rede de apoio de amigos e familiares, idade, presença de doenças físicas, condição socioeconômica etc.).

Desse modo, a partir da análise daquele rol, o psiquiatra pondera os elementos que atuam contra e a favor da recuperação, tanto para que possa contemplá-los nas ações terapêuticas que serão instituídas quanto para firmar sua percepção prognóstica. Em síntese: qual o grau de melhora pode ser esperado e em quanto tempo isso ocorrerá.

Nesse diapasão, embora as terminologias sejam variáveis, há jargões que expressam a expectativa de evolução. Assim, um prognóstico pode ser: *favorável*, para plena recuperação; *limitado*, para melhora parcial e/ou restarem sequelas; *reservado*, para pouca chance de recuperação e/ou enormes desafios a serem superados para se obter melhora; *sombrio*, quando é altamente improvável que ocorra algum grau de melhora e; *fechado*, quando todos os recursos foram esgotados e não há qualquer expectativa de melhora.

Isso também se aplica aos transtornos mentais, ou seja: existem pessoas que irão se recuperar plenamente; outras melhorarão parcialmente e/ou ficarão com sequelas (sintomas persistentes e/ou comportamentos disfuncionais) e; algumas se tornarão crônicas e até mesmo, do ponto de vista médico, irrecuperáveis (grave e cronicamente sequeladas).

Assim, por simples dedução é possível afirmar que nem todos os acometidos por transtorno mental irão se recuperar, estejam ou não em conflito com a lei, pela condição própria da doença, quer estejam internados ou em tratamento ambulatorial. A partir disso **pode-se concluir que é falsa a premissa de que todos os que forem desinternados, com fechamento dos HCTP, terão melhora de sua saúde mental, pelo fato de estarem em meio aberto.**

Além disso, pelo que apresentamos, torna-se claro que prognosticar é um ato médico, complexo, algo completamente diferente de realizar um “exercício de futurologia” - como afirmam alguns expoentes da luta antimanicomial (Fiocruz, 2023; Caetano, 2018, p. 89).

De maneira prática, contudo, como o psiquiatra forense deve investigar o risco de agir com violência? Barros sintetiza alguns aspectos (2020, p. 61):

“No exame de cessação de periculosidade, o perito psiquiatra deve avaliar o transtorno mental em questão e observar se houve melhora do quadro, para poder orientar os operadores do direito quanto à possibilidade de o indivíduo vir a cometer novamente algum delito, considerando sua patologia mental”...

*“recomendamos sempre que a periculosidade seja avaliada em função de um transtorno mental – se a pessoa foi presa por matar alguém em um surto psicótico, **a avaliação de periculosidade deve se ater ao quadro que deu origem ao crime**” ...*

*“na realização do exame de cessação de periculosidade, **é fundamental o perito psiquiatra se ater à evolução e à melhora clínica do transtorno mental em questão**, apontando as condições de tratamento necessárias para a continuidade do tratamento, para que, com base nessas informações, o juiz tome sua decisão” (**grifos nossos**)*

Abdalla-Filho também orienta aspectos técnicos que devem ser observados (2016, p. 271 e 274):

“As predições devem ser feitas em termos e períodos específicos. Devem-se declarar tipos particulares de resultados possíveis. Pode ser mais

útil e preciso fazer predições de curto e de longo prazo e estabelecer quais fatores podem contribuir para aumentar ou reduzir o risco em cada estágio”

*...“Nesse sentido, a avaliação de risco, em vez de tão somente examinar se um determinado indivíduo é considerado perigoso ou não, **abrange também elementos ambientais, situacionais e sociais**” (grifos nossos)*

Além disso, é importante esclarecer quais elementos o psiquiatra forense deve considerar em seu exame, ou seja, quais variáveis são de interesse para se prognosticar o risco de agir com violência. Abdalla-Filho recomenda que o perito considere em sua avaliação tanto os achados de seu contato direto (entrevista e exame do estado mental) quanto elementos indiretos fidedignos, como relatórios de avaliação psicossocial, prontuários médicos e entrevistas com terceiros confiáveis; entre outros (2016, p. 277 e; 2011, p. 187).

Quanto às variáveis a serem perquiridas, ilustramos com um rol que não esgota o tema, resumindo-as em três categorias:

1. **Fatores da época pós-delito:** persistência do transtorno psiquiátrico detectado antes da MS; sintomas psicóticos comprometendo o discernimento crítico da realidade, sobretudo delírios persecutórios; ausência de *insight* (capacidade de autopercepção) no exame do estado mental, em relação a suas vulnerabilidades de saúde mental e/ou necessidade de tratamento; reações psíquicas carregadas de fortes emoções (como hostilidade, desconfiança e irritabilidade) ou reveladoras de descontrole emocional, como humor explosivo; persistência de comportamento violento e; **importantíssimo** - avaliar o meio social que irá receber o periciando após desinternação (situação da família e interesse em recebê-lo; possibilidades de trabalho; ligações afetivas do periciando com família, etc.);
2. **Fatores da época do delito:** crimes praticados com crueldade, frieza emocional, agravantes legais ou; precipitados por falta de controle sobre os impulsos agressivos;
3. **Fatores da época pré-delito:** transtorno mental (alguns tipos) antecedendo o crime; transtorno de personalidade, especialmente se grave; dependência de álcool e outras drogas; não adesão a tratamento psiquiátrico; transtornos precoces da conduta, incluindo comportamento violento prévio e; reincidência delitiva contumaz.

O rol apresentado acima é exemplificativo, contendo variáveis úteis para tornar a avaliação do *risco de agir com violência* mais objetiva. Entretanto, como nas demais áreas de avaliação psiquiátrica, além do médico abster-se de qualquer juízo moral,

nenhuma das variáveis deve ser considerada de forma absoluta, ou isoladamente, mas analisando-se a constelação de achados.

Isso porque cada elemento tem pesos diferentes no raciocínio diagnóstico e, por conseguinte, no prognóstico elaborado. Além disso, e merece destaque, fica evidente a importância de o psiquiatra forense considerar os elementos psicossociais para estabelecer o *risco de agir com violência*, devendo serem valorizados os conhecimentos produzidos pela equipe multidisciplinar qualificada.

Como exemplo citamos a avaliação de um interno que cometeu homicídio na vigência de delírios persecutórios, portanto com perda do juízo de realidade e que ainda apresente persistência daqueles sintomas; associado à perda do *insight* (não se percebendo doente) e não aceitando a medicação prescrita.

Tal perfil apresenta *risco de agir com violência* maior que de outro interno, que tenha cometido um crime ainda mais grave, mas cuja perícia evidencie remissão de sintomas psicóticos, um estado de maior organização pessoal e vínculos familiares que favoreçam a desinternação condicional - para retomada reinserção gradual na vida familiar e comunitária.

2.8.5. O saber psiquiátrico-forense é imprescindível

Pelo que foi exposto é possível concluir, parafraseando um velho professor⁴ de Medicina:

Psiquiatria Forense... não é uma especialidade difícil...

É difícilíssima!

Ao levarmos em conta que psiquiatras forenses frequentemente discutem casos, buscando melhor entendimento de seus achados para aumentar a acurácia das avaliações que realizam, o que se poderá esperar daqueles que desconhecem as especificidades de diagnóstico e prognóstico relacionados ao louco infrator, considerando que são saberes específicos dessa área do conhecimento?

⁴ Prof. Dr. Wilson Jacob Filho, Professor-Titular de Geriatria da Faculdade de Medicina da USP, um expoente da especialidade no Brasil.

Nos parece de clareza solar prever que grandes equívocos serão cometidos, se as avaliações de equipes multidisciplinares previstas na Resolução nº 487 do CNJ não incluírem médicos treinados tanto nessa temática quanto no ideário antimanicomial.

Além disso, é fundamental ponderar que, conforme previsão legal, a realização de diagnóstico nosológico (“de doença”) e a elaboração de prognóstico, inclusive para transtornos mentais, é ato privativo de médico – conforme estabelece o artigo 4º da Lei 12.842/13 (Lei do Ato Médico).

Nesse sentido, considerando a escassez de médicos especialistas na área, torna-se evidente que a implantação da política antimanicomial deva contemplar a capacitação de médicos que atuem em psiquiatria, nos saberes de Psiquiatria Forense. Em última análise porque as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei merecem um tratamento com a maior qualidade que o Estado puder lhes ofertar.

Capacitar pessoas, principalmente quando se está a desenvolver algo novo, “criando uma nova cultura”, é algo que requer grandes esforços. Mas é possível, se houver discernimento quanto à sua necessidade, vontade política e fontes de financiamento.

Para isso, diversas barreiras precisam ser vencidas, a começar daquelas impostas pelas concepções da antipsiquiatria e pelo exclusivismo classista de alguns médicos; que evitam o diálogo.

2.9. Perícia Psiquiátrico-Forense

Um bem-humorado professor definiu perícia como *“Uma resposta leiga dada por um técnico a uma pergunta técnica feita por um leigo”* (Barros, 2021). Explicamos.

O perito é um técnico que atua como *interlocutor*. Elaborar seu laudo, cujo conteúdo (técnico) é apresentado numa forma compreensível para um leigo. Ele o faz em resposta ao pedido de uma autoridade demandante (ex. magistrado, delegado de polícia), que é um leigo na matéria pericial, mas indagou sobre algo que precisa esclarecer; cujo teor é técnico, de conhecimento do perito.

Todo ato médico que vise esclarecer, por meios técnico-científicos, algo sobre a saúde humana ou a ela relacionada e que tenha finalidade de produzir algum efeito

para decisão judiciária é, por definição, uma perícia médica. Assim conceitua França (2011, p. 12):

"Define-se perícia médico-legal como um conjunto de procedimentos médicos e técnicos que tem como finalidade o esclarecimento de um fato ou interesse da justiça. Ou como um ato pelo qual a autoridade procura conhecer, por meios técnicos e científicos, a existência ou não de certos acontecimentos, capazes de interferir na decisão de uma questão judiciária ligada à saúde do homem ou que com ele tenha relação"

Além disso, é preciso considerar a origem de sua solicitação (Epiphanio, 2009, p. 12):

"podemos definir a perícia médica como um ato médico, que será realizado como consequência: (a) de requisição formal de autoridade policial ou judiciária, quando essa autoridade dela necessita para formação de convicção na execução de suas funções, ou (b) em cumprimento a normas legais em serviços públicos..." (Epiphanio, 2009, p.3)

A perícia oficial de natureza criminal é regida pela lei 12.030/09, que assegura ao perito autonomia técnica, científica e funcional e exige concurso público para o provimento de cargos. Ela estabelece que o perito Médico-Legista é um perito oficial de natureza criminal, o que abrange todas as áreas de sua atuação (perícias cadavéricas; exame de lesões corporais, embriaguez e sexológico, em pessoas vivas; perícias psiquiátricas; etc.).

Conforme apresentamos na seção 2.1, p. 10, a LEP e o CPP regulamentam a realização das perícias psiquiátricas, nos casos de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei penal.

Nesse contexto, é interessante ponderar que, embora a Resolução nº 487 do CNJ tenha transferido a responsabilidade de avaliação do louco infrator para as equipes multidisciplinares da RAPS (sem obrigatoriedade de haver médico na equipe); a Lei 10.216/01 que fundamentou a resolução é categórica quanto à necessidade de *laudo médico circunstanciado* em qualquer hipótese de internação – inclusive as determinadas por magistrado.

O espírito daquela norma claramente é garantir uma adequada avaliação técnica, no caso médica, para que o recurso terapêutico adequado seja implantado; o que se combina com o respeito às especificidades de cada profissão e à salvaguarda de Direitos Humanos.

Desse modo, chama a atenção a ausência da necessidade de avaliação médica na Resolução nº 487 do CNJ, algo que foi destacado pelo Procurador Geral da República, em sua manifestação na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 7.389/DF (PGR, 2023), *ipsis literis*:

“A exigência de “laudo médico circunstanciado” para qualquer modalidade de internação psiquiátrica é medida de cautela tanto de entrada quanto de saída de indivíduo em sofrimento psíquico e em conflito com a lei”
....

...“O laudo médico circunstanciado há de integrar, necessariamente, os documentos elaborados por “equipes técnicas multidisciplinares”, quando possível a evolução para “RAPS aberto” de indivíduo sentenciado em cumprimento de sanção penal de medida de segurança de internação ou de pessoa em internação provisória durante processo penal”. (grifos nossos)

Outro aspecto importante, relacionado à avaliação do louco infrator, é o conflito que existirá para um médico que atua em sua assistência, atendendo-o clinicamente, desenvolva atividades de caráter pericial, cuja definição apresentamos acima, em primeiro lugar, porque isso representa infração ética.

Ilustramos citando que o *Código de Ética Médica* veda ao médico, em seu Art. 93, “*Ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado*”. Na mesma sintonia, o *Parecer nº 1/2023*, do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, indica como infração ética o médico que assiste ao paciente responder a quesitos para instrução de processos judiciais (CFM, 2009; CRM-DF, 2023).

Noutro giro, ainda que não fosse vedado por dispositivos éticos, em razão das peculiaridades atinentes à atividade pericial, por exemplo não haver exigência de sigilo médico, Abdalla-Filho alerta ser incompatível que um psiquiatra exerça a função pericial e assistencial para um mesmo indivíduo – pelo alto potencial de comprometer o resultado de ambas (Abdalla-Filho, 2011, p. 191).

Como corolário há um dilema: a avaliação adequada do louco infrator requer a aplicação de saberes médicos, do campo da psiquiatria forense. Para isso, tanto por força de lei, quanto pelo saber específico, é necessário que o trabalho seja realizado por médico. Entretanto, ao estabelecer que as equipes multidisciplinares da RAPS darão conta da avaliação “pericial” do louco infrator, infligem ao médico que as integra

uma situação de constrangimento, tanto por ele estar eticamente impedido de exercer tal papel, quanto porque, certamente, não tem preparo técnico na área forense – da mesma forma que os demais membros da equipe multidisciplinar.

2.9.1. A perícia psiquiátrica no IML de Brasília

A Seção de Psiquiatria Forense (SPF) do IML/DF realiza perícias de natureza criminal, demandadas por autoridades policiais e judiciárias. Em razão de aposentadorias, nos anos recentes seu corpo de peritos foi totalmente renovado, e reduzido – havendo somente cinco *experts* para dar conta da demanda de todas as delegacias de polícia do DF e mais de 70 varas de natureza criminal do TJDF.

Os peritos têm entre quatro e dezoito anos de experiência na área forense, todos sendo pós-graduados em Psiquiatria. Um deles é docente na Universidade de Brasília.

Atualmente as instalações da SPF são algo precárias, o que decorre de o IML/DF funcionar no mais antigo do complexo da PCDF – remanescente dos anos 1960. Entretanto, até 2025 será inaugurado o novo edifício sede, um dos maiores complexos periciais da América Latina, no qual as instalações da SPF serão significativamente robustecidas.

Entre os exames mais comumente realizados figuram: o *incidente de insanidade mental*; a avaliação do *risco de agir com violência* (“cessação de periculosidade”); o de *superveniência de transtorno mental* (para apenados) e; a capacidade de entendimento e/ou consentimento sexual (para vítimas acometidas por transtorno mental); entre outros.

Consoante com a cultura institucional do IML/DF, reconhecido nacionalmente por desenvolver um trabalho de excelência, a SPF organiza sua rotina para extrair o máximo de produtividade sem comprometer o nível de qualidade do serviço prestado.

As perícias psiquiátricas são agendadas com antecedência suficiente para que os periciados sejam convocados pelas autoridades demandantes. Ao serem atendidos, são submetidos à entrevista e ao exame do estado mental, com duração não inferior a uma hora – algo crucial para o resultado pretendido. Os peritos dispõem

de salas privativas, com telefone para poderem realizar entrevistas complementares com familiares, o que é frequente.

Além disso, é rotineiro que ao final do atendimento sejam requeridos prontuários médicos para os serviços psiquiátricos onde o periciado é e/ou foi atendido (frequentemente dois ou mais) – incluindo os relatórios da equipe multidisciplinar da ATP e da Seção Psicossocial da VEP.

Analogamente a outros serviços, há casos ordinários e outros de grande complexidade – tanto nos aspectos técnicos quanto operacionais. Neste aspecto, alguns casos de *incidente de insanidade* vêm com múltiplas denúncias, combinadas, resultando em perícias que embora necessitem de apenas uma entrevista e exame do estado mental irão demandar um laudo pericial para cada crime cometido. Porque é preciso que cada delito seja examinado em suas particularidades, próprias do momento e circunstâncias em que ocorreu.

Em relação à complexidade técnica, é rotina que os peritos médico-legistas discutam os casos que atenderam, debatendo peculiaridades e trocando experiências. Da mesma forma, trocam considerações sobre laudos de seus colegas. Esse ambiente de compartilhamento de saber é algo extremamente necessário na prática da medicina, e ainda mais na Psiquiatria Forense, cuja natureza tem um componente, ainda que pequeno, de subjetividade.

Em relação às fragilidades da SPF, a principal é a necessidade de maior número de peritos – estimados em pelo menos dez, para a demanda atualmente recebida; assim como servidores da área administrativa. Além desses, a modernização do sistema informatizado, atualmente ultrapassado e defeituoso. A criação da carreira de perito criminal psicólogo-forense também poderá trazer grande contribuição, nos casos que requerem saberes específicos dessa profissão.

2.10. Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI)

2.10.1. PAILI: o programa

O PAILI é um programa subordinado à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, e tem como objetivo auxiliar aos Juízos da execução penal na efetivação das

Medidas de Segurança (MS). Ele resulta de diversas ações do movimento antimanicomial, sendo considerado uma conquista do grupo. Ao recepcionarem os membros do Grupo de Trabalho do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, em 17/nov/23, foi afirmado que *“todos nós somos militantes da luta manicomial”*. (TJDFT-GT, 2023c).

Originado de um Inquérito Civil Público, que realizou o levantamento das pessoas submetidas a MS que se encontravam em estabelecimento prisional, o programa existe há 17 anos e vem sendo referenciado como exemplo para a transição entre o modelo tradicional de MS e o paradigma antimanicomial. Segundo a Cartilha que apresenta o programa, por mais de uma vez impediram a abertura de HCTP em Goiás, o que afirmam para justificar que *“Goiás superou os manicômios judiciários”*. Ressalta-se que diversos aspectos da Resolução nº 487 do CNJ foram inspirados na sua concepção e funcionamento (Caetano, 2013; CNJ, 2023b; TJDFT-GT, 2023c).

Administrativamente, o PAILI é uma Coordenação da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, cuja função é articular que todas as MS decretadas no estado sejam realizadas em meio aberto, ambulatorialmente. São, portanto, um órgão administrativo, que conecta o sistema prisional e o Poder Judiciário com a RAPS, monitorando o cumprimento das MS e articulando as necessidades de tratamento do segurado (Caetano, 2013; TJDFT-GT, 2023c).

O PAILI está sediado em uma casa alugada, no setor Marista de Goiânia. Tem uma equipe de 13 pessoas, que inclui psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, executor administrativo e médico psiquiatra. Desde sua criação já acompanhou 1.025 pacientes, atualmente 374. Desses: 16 não tem paradeiro conhecido e 29 estão cumprindo MS de internação em presídio comum (por reincidência delitiva; alguns há alguns anos); 10 estão internados em hospital psiquiátrico, por condições mentais agudas e um número não precisado encontram-se residindo em comunidades terapêuticas (TJDFT-GT, 2023c).

Os gestores afirmam que a reincidência criminal dos usuários gira em torno de 5%; embora não tenham disponíveis outros dados que permitam compreender o cálculo dessa cifra; o que guarda relação com o fato de que todos os seus processos são manuais, tramitando em meio físico, e não contarem com base de dados

informatizada para controle de processos de trabalho e geração de estatísticas. (TJDFT-GT, 2023c).

Fundamental destacar o fluxo de seu trabalho. Em razão da portaria que instituiu o PAILI, a equipe se dedica somente a casos que tem MS determinada judicialmente. Dessa maneira, os pedidos de acompanhamento, sempre recebidos por e-mail, são inicialmente triados quanto à existência de MS. Não havendo, o pedido é restituído à sua origem. Uma vez que exista a MS estabelecida, tratativas são realizadas para receber outras peças processuais, que são escrutinadas por um dos analistas. A partir de então a saída do sistema prisional é programada, quando o segurado é atendido pela equipe (domiciliarmente ou por videoconferência); que o conecta com os recursos da RAPS – passando a monitorá-lo (TJDFT-GT, 2023c).

Assim, de acordo com a evolução, a equipe multidisciplinar elabora relatório para o Juízo, inclusive indicando quando a MS pode ser extinta (“alta” do tratamento). Ressalte-se que os relatórios são elaborados pela equipe multiprofissional, que conta com psicólogo, enfermeira e assistente social – raramente com a contribuição do médico. A equipe do PAILI nunca realizou desinternamento condicional, como é feito em diversas unidades da federação – inclusive no DF (TJDFT-GT, 2023c).

Em relação à lida com os segurados, duas atitudes nos chamaram a atenção: **1**-enfatazaram a necessidade de acolhimento e atenção com as especificidades psicossociais, de maneira que o plano de tratamento seja, de fato, individualizado e; **2**-são categóricos ao afirmar que *“não importa o crime que tenham cometido”*, cultivando uma atitude de *“nem querer saber”* qual foi o crime que ensejou a MS; atendo-se exclusivamente aos aspectos do adoecimento mental e às necessidades de tratamento (TJDFT-GT, 2023c)..

Em relação os desafios enfrentados, sua equipe relacionam como principais (TJDFT-GT, 2023c):

1. Diversas famílias de pacientes com problemas relacionados a álcool e drogas institucionalizam em *comunidades terapêuticas*; embora sejam esclarecidas isso ser uma prática manicomial, compreendem a situação vivenciada pela família, nem sempre conseguindo converter essa institucionalização para que o paciente seja recepcionado pela família;

2. Tem muita dificuldade para conseguir vaga para internação (leito destinado a crise para agudos), porque há um estigma contra os usuários do programa, quando uma “vaga PAILI” é solicitada;
3. Embora no Estado de Goiás existam 400 leitos em hospitais psiquiátricos e mais 38 leitos psiquiátricos em hospitais gerais, têm dificuldade para encaminhar seus usuários, pelo PAILI não ser priorizado pelo órgão regulador”;
4. A impossibilidade de encaminhamento para o Serviço de Residencial Terapêutico, em razão da exigência mínima de dois anos (portaria do Ministério da Saúde);
5. O programa não tem garantia de financiamento, o que já causou instabilidades em suas ações;

2.10.2. PAILI: elementos para uma análise crítica

Ficou evidente que os servidores do programa demonstraram ser comprometidos e militarem para implantar a abordagem antimanicomial em todo o sistema - o que inclui trabalharem dedicadamente pela transformação de uma mentalidade.

Entretanto, como todo programa pioneiro, o PAILI tem problemas a serem sanados; com potencial de que alguns deles sejam maiores do que tenham sido relatados ou mesmo não identificados por sua equipe – como apresentaremos ao final dessa seção.

Embora os resultados práticos apresentados sejam emocionantes, com reinserção social de grande número de enfermos mentais, a ausência de base de dados informatizada desfavorece uma gestão profissionalizada, que transmita maior transparência e que permita tanto executar ações com maior acurácia quanto identificar os pontos que requerem melhorias.

Nesse sentido, considerando que os integrantes de sua equipe se apresentam como militantes aguerridos, portanto havendo um viés político em suas ações, o escrutínio de dados objetivos é, do ponto de vista de gestão e técnico-científico, imprescindível para poder-se concluir que o programa representa tudo o que alardeia ser. Em outras palavras, é preciso que suas ações se revistam de maior transparência.

Alguns aspectos, relacionados ao conhecimento de Psiquiatria Forense e da atuação como gestor público nos chamaram mais a atenção:

1. Os relatórios para extinção da MS raramente são elaborados por médico, o que: **a**-afronta a Lei do Ato médico (na medida em que é uma alta e/ou que conceitualmente configura um ato pericial; conforme discutimos) e, principalmente; **b**-se consideradas as especificidades do saber psiquiátrico-forense, em relação ao *risco de agir com violência*, a acurácia daquelas avaliações pode estar muito aquém do tecnicamente necessário e; **c**-por isso, também, dados atualizados sobre os resultados do programa, incluindo eficácia terapêutica e reincidência delitiva, se fazem tão relevantes – principalmente num momento em que o PAILI está sendo referenciado pelo CNJ como programa modelar;
2. Embora a atitude de “não querer nem saber qual é o crime” guarde estreita relação com empatia, acolhimento e outras virtudes desejáveis para um atendimento e humanizado – o que é imprescindível, conforme discorreremos acima; atitudes de *“ativismo ingênuo”*, como nomina Dalgalarrodo (final da seção 2.4, p. 18) podem comprometer o resultado e a credibilidade da assistência, o que se fundamenta tanto pelos conceitos de psiquiatria forense apresentados, quanto pela necessidade de ter as informações sobre os crimes devidamente tabuladas; o que permitiria melhor delineamento do perfil e manejo dos usuários sem paradeiro conhecido (17); como também facilitaria esclarecer questionamentos feitos por agentes da RAPS, contribuindo para quebrar as resistências existentes – um dos maiores desafios relatados pela equipe do PAILI;
3. **Dados obtidos junto ao Conselho Penitenciário do Estado de Goiás caracterizam a suspeita de irregularidades graves no cumprimento das MS acompanhadas pelo PAILI. Constam em resposta do PAILI ao Conselho, em 6/nov/23** (COPEN, 2023a; COPEN, 2023b; DGAP, 2023):
 - a. **52 pacientes se encontravam internados**, sendo 8 em hospitais psiquiátricos e 44 em comunidades terapêuticas; estas vedadas pela Lei 10.216/01, por serem congêneres de instituições manicomiais;
 - b. **17 pacientes não tinham paradeiro conhecido**, isto é, descontinuaram tratamento psiquiátrico e o monitoramento realizado pelo PAILI foi interrompido após terem sido esgotados os meios para localizá-los; portanto não se conhecendo seu estado de saúde, nem se apresentaram reincidência delitiva;
 - c. **29 pacientes em MS encontram-se alojados no sistema prisional comum, portanto misturados com apenados**; alguns de longa data; caracterizados por serem casos de crimes graves, reincidentes ou com risco de reincidência; combinados com inexistência de HCTP no estado de Goiás (motivação da decisão judicial); em princípio tal prática seria ilegal, em desacordo com a legislação penal, ainda que

na hipótese de ocorrer em caráter temporário - enquanto aguarda-se a efetivação do tratamento ambulatorial, em meio aberto.

Os itens **a** e **c**, acima, sugerem que o estado de Goiás não teria superado a necessidade de HCTP para a execução do sistema de medidas de segurança, pelo contrário: que sua ausência estaria gerando distorções e até mesmo retrocessos – de magnitude a ser esclarecida.

Adicionalmente, há um aspecto que nos parece também grave: a possibilidade uma estratégia que contorna o encaminhamento ao PAILI, cuja admissão requer uma MS estabelecida. Nessa hipótese, haveria no julgamento a abstenção tanto de condenação criminal quanto de absolvição imprópria, seguida de encaminhamento para internação psiquiátrica compulsória de “caráter clínico”; conforme apresentaremos na próxima seção.

2.11. Hospital Maria Cândida Teixeira: um atalho?

O Hospital psiquiátrico Maria Cândida Teixeira, localizado em Nerópolis, Goiás, existe há pouco mais de 3 anos. Foi construído por uma família tradicional da região, com a intenção de promover seu caráter filantrópico. Em 17/nov/23 membros do Grupo de Trabalho do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios realizaram uma visita a suas instalações, de cujos apontamentos foram extraídas as informações utilizadas para descrever a instituição (TJDFT-GT, 2023d). Registre-se que a recepção ocorreu com a calorosa hospitalidade goiana.

A motivação para a visita foi a notícia, confirmada em conversa prévia com seu idealizador, que o hospital tinha grande número de internações compulsórias e que, entre elas, muitas estavam associadas a infrações penais.

Atualmente, a capacidade do Maria Cândida é de 80 leitos. Além de alas de internação psiquiátrica para adultos e adolescentes, em breve irá inaugurar seu pronto-socorro. Uma visão panorâmica de suas instalações é oferecida em <https://www.hospitalmariacandida.com.br/>.

Sua equipe conta com: dois residentes de psiquiatria, dois psiquiatras preceptores, uma enfermeira que atua como gerente assistencial, uma psicóloga e um

assessor jurídico. Tem parceria com o Hospital São Silvestre, para onde referenciam casos com necessidade de internação clínica.

Dos 44 pacientes atualmente internados, 41 são relativos a internações compulsórias, ou seja, determinadas pelo judiciário. São pacientes com dependência química, transtorno bipolar grave e “transtorno comportamental”, cuja permanência média é de 90 dias e, a máxima, de um ano.

Embora na apresentação inicial feita pelos anfitriões tenha sido informado que a maioria das internações compulsórias provinha de varas de Fazenda Pública, obrigando o Estado a custear o tratamento de hipossuficientes (e apenas duas delas oriundas de varas criminais); em conversas com diferentes interlocutores (médicos residentes, assessor jurídico, etc.) no transcorrer da visita ouvimos que os internados em razão de infração penal são “aproximadamente dez” e que, em relação ao tempo de permanência, pelo menos dois deles estão lá “tem mais de dois anos”. Também foi informado que há casos oriundos do judiciário rondoniense, incluindo menores.

No transcorrer da visita interagimos com adolescentes com deficiência intelectual (aparentando serem acometidos por transtorno de espectro autista), que se deliciavam com banho de piscina. Embora a unidade conte com área de lazer, horta e sala de televisão, não observamos salas para o desenvolvimento de atividades de reabilitação ou rotina de escolarização. Também notamos a inexistência de terapeuta ocupacional, arteterapeuta e educador físico, por exemplo.

É importante ponderarmos que se trata de uma instituição jovem, ainda em fase de estruturação. Entretanto, o fato de 93% de seus pacientes terem sido internados compulsoriamente, alguns com histórico disso ter ocorrido em razão de infração penal, enseja um olhar mais atento para esse fenômeno.

Uma das hipóteses a ser perquirida é que poderia estar ocorrendo, em tese, a prática de algo como um “acordo de cavalheiros” entre magistrados e familiares de pessoa com transtorno mental em conflito com a lei penal. Nessa hipótese, nem apenamento, nem MS teriam sido aplicados; mas uma internação psiquiátrica compulsória, de “caráter clínico”.

Considerando que toda MS decretada em solo goiano deve ser direcionada ao PAILI, aquela prática, se confirmada, significaria que o sistema estaria sendo contornado e, ainda pior, promovendo uma prática manicomial.

Destaque-se que tal raciocínio é apenas uma hipótese e talvez desprovida de realidade. Entretanto, levantar hipóteses, que possam explicar fatos observados, principalmente quando possam ensejar averiguação penal, é obrigação de todo policial civil.

Inclusive porque, em nossa percepção, esse nosocômio pode não ser o único sob o qual paire a suspeita de acolher pacientes frutos da aludida sistemática.

2.12. A Resolução nº 487 do CNJ e a *Lei Basaglia*

Em sua tese de doutorado, Caetano dedica uma seção para discorrer sobre “*Regras de transição para uma conciliação provisória possível*”. Nela, afirma que “*algumas regras devem ser observadas e cumpridas*” pela necessidade de obediência às diretrizes da lei antimanicomial, até que a recepção das MS pela CF de 1988 seja apreciada pelo STF; ressalvado por ele o fato de que sequer havia provocação para tal apreciação (Caetano, 2018, p. 132 a 144).

Conforme apresentaremos, a seguir, muitas *regras de transição* de Caetano estão contempladas no regramento trazido pela Resolução nº 487 do CNJ.

Entretanto, inesperadamente, embora sua tese verse sobre a fundamentação jurídica da política antimanicomial, não analisou a *Lei Basaglia* e outras a ela relacionadas, que integram o arcabouço jurídico da reforma psiquiátrica italiana, berço do movimento antimanicomial.

Não pretendemos analisar minuciosamente cada aspecto examinado por Caetano, mas apenas o suficiente para evidenciar que o arcabouço teórico da Resolução nº 487 do CNJ é consoante com suas concepções, a saber:

1. **Internação somente quando indicada clinicamente:** postula que a internação somente poderá ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, sendo absolutamente vedada em instituição de caráter asilar; além disso sustentou que somente o médico pode atestar a necessidade da internação; que não deriva da gravidade do

crime cometido; *"já não [é] mais aceitável [a] justificativa da periculosidade do indivíduo"*;

Comentário: o caráter de aplicação universal dessa diretriz decorre do pressuposto de que não existe, para qualquer louco infrator, *risco de agir com violência ("periculosidade")* – algo claramente contido na Resolução nº 487 do CNJ e que não se combina, do ponto de vista científico, com o que demonstramos sobre o tema;

2. **O objetivo de cessação da periculosidade dá lugar à reinserção social e; a avaliação psicossocial substitui a perícia de cessação da periculosidade:** destacamos os trechos – *"diante da necessidade burocrática da formulação de quesitos e elaboração de laudos a serem analisados pelo juiz da execução penal, os relatórios periciais devem responder exclusivamente sobre questões que informem o grau de reinserção social de quem está cumprindo uma medida de segurança, informações que devem ser produzidas pelos profissionais que fazem o seu acompanhamento psicossocial, a exemplo do que vem sendo feito pelo PAILI"* e; justificando a legalidade dos relatórios psicossociais substituindo perícias médicas - "algumas das disposições revogadas do Código Penal e da Lei de Execução Penal podem ser utilizadas como referência para orientar os rumos do processo de execução penal" (grifo nosso);

Comentário: novamente o conceito de *risco de agir com violência* é desconsiderado de forma ampla, destoando dos fundamentos científicos atuais; além disso, reforça-se a noção de que a Lei Antimanicomial teria revogado dispositivos do CP e LEP, visando legitimar a substituição da perícia médico-legal por relatório de equipe multidisciplinar – da mesma forma como traz o ordenamento da Resolução nº 487 do CNJ;

3. **Autonomia da RAPS para a atenção integral ao louco infrator:** destacamos o trecho *"Não cabe ao juiz, pois, intervir nas rotinas e nos procedimentos estritamente terapêuticos, que devem ser definidos pelas equipes de atenção psicossocial. O juiz, mesmo tendo a condução do processo de execução da medida de segurança sob sua autoridade, não é profissional de saúde e, como tal, não pode determinar esta ou aquela modalidade de tratamento à pessoa com transtorno mental. A internação, por exemplo, somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos"*;

Comentário: há dois pressupostos: **1**-a retirada de autonomia do magistrado, justificada por; **2**-que o juiz não pode intervir por não ser profissional da saúde, o que desconsidera o trabalho secular dos peritos médicos como auxiliares do judiciário e; se alinha com o disposto na Resolução nº 487 do CNJ;

4. **Reorientação na atuação do juiz, do Ministério Público e da Defensoria:** ao considerar que a MS é um processo jurisdicionado à execução penal, sustenta que a supervisão do magistrado que preside o processo deva ter,

a função de “acompanhar os procedimentos e o tratamento ofertado no âmbito da assistência em saúde mental, o que deve se voltar exclusivamente, como visto, à reinserção do paciente ao meio social”, o que justifica (por ter sido) “superado o paradigma da periculosidade”;

Comentário: novamente, utiliza o pressuposto de inexistência de *risco de agir com violência* para justificar que a transferência de internação para meio aberto pode ser realizada para todos, indistintamente e; a partir do mesmo pressuposto justifica sua tutela sobre a forma de agir do magistrado;

Em segundo movimento, é necessário contrastarmos as regras de transição propostas por Caetano, acima apresentadas, com os princípios da Lei Basaglia, raiz da concepção antimanicomial. Optamos por fazê-lo apresentando as ponderações de um emitente operador do Direito, atualmente Corregedor Geral de Justiça do Distrito Federal (TJDFT, 2023). *Ipsis literis*:

“A Lei Basaglia e os diplomas legais subsequentes, portanto, de forma clara e indiscutível, estabeleceram três aspectos fundamentais: a) atuação a partir de e com o suporte da comunidade científica; b) preocupação específica com as estruturas que serão responsáveis pela absorção dos tratamentos e acompanhamentos e c) reserva ao Poder Judiciário deliberar quanto à ratificação da situação de custódia quando já individualizados e delineados todos os aspectos pelo corpo médico.” (grifos nossos) ...

... “no plano ontológico, a ausência do chamamento da comunidade científica potencializa uma transição e uma tradução totalmente descompassadas entre o científico e o jurídico, colocando em desordem ambos os sistemas/campos. Revisitar o recente histórico-político da pandemia causada pelo vírus Sars-CoV-2 é suficiente para demonstrar as consequências nefastas advindas das relações desarmônicas entre o político-jurídico e o científico”....

... “Frise-se que, na Itália, a transferência dos “segurados” para Hospitais Gerais (atualmente para as “Residências para execução das medidas de segurança” - Le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza - REMS) se deu em um contexto em que as condições e os recursos foram dimensionados, com fixação de parâmetros mínimos, acompanhamento do Legislativo, e reserva de recursos públicos compatíveis. As REMS substituíram os Hospitais Psiquiátricos Judiciais (OPG), extintos em 2013 e encerrados definitivamente em 31 de março de 2015; **ainda que a internação nas novas estruturas seja transitória e excepcional, é aplicável “nos casos em que sejam adquiridos elementos que demonstrem que é a única medida adequada para garantir cuidados adequados e lidar com a periculosidade social dos doentes mentais ou semi-insanos”** (grifos nossos).

Pode-se deduzir, portanto, que a Resolução nº 487 do CNJ, ao alinhar-se com o ideário de Caetano, careceu de: 1-não ter incluído a comunidade científica em suas

discussões de forma mais ampla, o que observa-se pela distância existente entre seus conceitos e os, por exemplo, da Psiquiatria Forense, acima discutidos e; não ter incluído a participação ampla da comunidade científica na sua elaboração; **2-não ter preparado adequadamente as estruturas das RAPS** que irão dar assistência ao louco infrator, sequer havendo previsão orçamentária para seu robustecimento e; **3-interferir na autoridade da execução penal**, em como ela poderá conduzir seus jurisdicionados.

2.13. O risco de violação dos Direitos Humanos

A promoção e a preservação dos Direitos Humanos requerem a vigência do Estado Democrático de Direito. Por sua vez, o processo democrático pressupõe a construção coletiva, com amplo debate e garantia de participação dos diversos segmentos da sociedade.

A respeito do processo de como concebemos a democracia, sintetizou o Corregedor Geral de Justiça do Distrito Federal (TJDFT, 2023). *Ipsis literis*:

"Alain Touraine, ao pensar a democracia a partir de amplos, mas, ao mesmo tempo, profundos aspectos, afirma a necessidade de se aprender a conviver com as diferenças, de construir um mundo que seja cada vez mais aberto, mas que possua também a maior diversidade possível. É preciso definir a democracia não mais como o triunfo do universal sobre o particular, porém como o conjunto de garantias institucionais que permitam combinar a unidade da razão instrumental com a diversidade das memórias, tudo em intercâmbio com a liberdade. A democracia é uma política de conhecimento do outro" (grifos nossos);

"A Resolução em debate [nº 487 do CNJ], que deveria ser capaz de reconhecer o "outro", os portadores de transtornos mentais que cometeram crimes, as vítimas desses delitos, as famílias de ambos, os profissionais da saúde responsáveis pelos cuidados aos padecentes de doenças mentais, os profissionais do sistema de justiça que com eles têm contato e, ao fim e ao cabo, a própria sociedade". (Grifos nossos).

"Em outras palavras, a participação plural - intrínseca e constitutiva do conceito de democracia - deve estar presente na atuação "política" lato sensu, na qual podem ser incluídas as Resoluções do CNJ, em face de sua normatividade e generalidade" (Grifos nossos).

Em síntese, para sermos democráticos é preciso olhar "o outro", tendo disposição para o verdadeiro diálogo – que edifique através da celebração e convergências e mitigação das divergências.

O limitado processo participativo utilizado, contribuiu para que a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, oferecida pela Resolução nº 487 do CNJ, traga desafios superlativos. Isso porque, ao não realizar chamamento para um amplo debate, contribuiu para que seus resultados: **1**-destoem das premissas científicas que estudam o comportamento do louco infrator; **2**-exista fragilidade nas estruturas que irão receber os egressos dos HCTP (e os que neles deixarão de entrar) e; **3**-ignorem o arcabouço legal da reforma psiquiátrica italiana, berço da política antimanicomial, que entre outros aspectos apregoa a reserva do Poder Judiciário para deliberar sobre diversos aspectos.

Não é aceitável, portanto, que um ideário “anti” algum grupo social, como a *antipsiquiatria*, prevaleça sobre outro, no processo de elaboração de políticas públicas. Adverte o Corregedor Geral de Justiça do Distrito Federal (TJDFT, 2023), para o risco daquela prática, *ipsis literis*:

...“Mais ainda, no plano ontológico, a ausência do chamamento da comunidade científica potencializa uma transição e uma tradução totalmente descompassadas entre o científico e o jurídico, colocando em desordem ambos os sistemas/campos. Revisitar o recente histórico-político da pandemia causada pelo vírus Sars-CoV-2 é suficiente para demonstrar as consequências nefastas advindas das relações desarmônicas entre o político-jurídico e o científico” (Grifos nossos).

E conclui, *ipsis literis*:

“embora os artigos da Resolução CNJ nº 487/2023 busquem um compasso com a humanista Legislação Italiana, seu regramento está integralmente destoante do contexto vivenciado no Brasil”...

...“a edição de ato normativo importado, desta envergadura, sem o apoio da comunidade científica nacional, em descompasso com a realidade do Brasil, causará uma transição prática (de ordem concreta) extremamente temerária, comprometendo o Poder Judiciário e desprezando a relação entre o jurídico e o científico. Colocará em risco ambos os campos.”...

...“a Resolução CNJ nº 487/2023 levará, por força da imposição, a novas violações de Direitos Humanos, não apenas em virtude da mencionada revitimização, mas principalmente pelo risco do ressurgimento de instituições “privadas” de “acolhimento” e “tratamento”, em face da total debilidade do Poder Público”. (Grifos nossos)

É preciso ponderar, entretanto, que embora a violação dos Direitos Humanos seja algo altamente provável, ainda não é fato consumado. Ela pode

ser mitigada, e até evitada, a depender de ajustes realizados processo de implementação da política – conforme apresentaremos na conclusão deste trabalho.

2.14. Quem é o interno da ATP? Uma proposta de *tipos ideais* Weberianos como recurso de gestão

O contraste das poucas publicações disponíveis sobre HCTPs, conforme apresentado, com a realidade observada na ATP do Distrito Federal, combinadas com a prática da psiquiatria forense e a premência imposta pelos prazos estabelecidos pela Resolução nº 487 do CNJ; impulsiona a necessidade de entendimento dos diferentes perfis dos internos, bem como das soluções para que passem para o tratamento ambulatorial, em meio aberto.

Nesse cenário, enquanto se aguardam resultados de estudos quantitativos em curso, justifica-se que especialistas se debruçam sobre algumas indagações, por exemplo: *quais são os perfis reais dos internos, quais as características mais relevantes em relação a morbidade psiquiátrica e quais os pontos cruciais relativos aos fatores psicossociais, possíveis de serem traçados para os internos da ATP? Qual a melhor forma de categorizá-los, para otimizar a concepção e gestão das providências impostas pela Resolução nº 487 do CNJ?*

Obviamente, tais respostas compelem a um exercício de elaboração de construtos, referenciados em diferentes áreas do conhecimento. Para isso, nos inspiramos nas concepções do sociólogo alemão Max Weber, particularmente no conceito de *tipo ideal*. Assim, a partir de um recorte da realidade, objetivamos construir um rol de características que permita compreender um fenômeno social (Moraes, 2003); caracterizado por acontecimentos que interferem na sociedade e que afetam os indivíduos e a sociedade.

Não se pretende, portanto, *coisificar* os internos da ATP, desprovendo-os de humanidade, mas entendê-los como parte de um fenômeno social mais amplo, que inclui transtorno psiquiátrico, modalidades de tratamento, promoção de Direitos Humanos; reinserção e socialização segura e responsável no meio familiar e comunitário; risco de agir com violência; entre outros componentes desse fenômeno social.

Assim, tendo em mente a perspectiva de transferência para o meio aberto, com a mudança para tratamento ambulatorial, é desejável que os tipos ideais incluam em sua concepção uma visão de gestão, de tal sorte que tenham aplicabilidade para o entendimento da realidade e o estabelecimento de fluxos operacionais.

Para isso, concebemos os tipos ideais a partir de três variáveis, que se relacionam, sendo que cada uma delas, resulta da síntese de outras: **1-risco** de agir com **violência (RV)**; **2-perspectiva clínica** a curto/médio prazo (**PC**) e; **3-qualidade** da rede de **suporte** social e/ou familiar (**QS**).

O risco de agir com violência (RV) é a variável central de cada tipo ideal, funcionando como um pivô sobre o qual se apoiam as outras duas variáveis (PC e QS). Ele é composto principalmente pela condição psiquiátrica atual, relacionando-se com a gravidade da doença e a presença de sintomas que possam favorecer comportamento violento - embora também tenha em sua composição aspectos psicossociais. Necessário frisar que é vedado incluir nesse risco qualquer avaliação de caráter moral e que o tipo e gravidade de crime que originou a MS é um componente minoritário para sua quantificação. Vide a discussão detalhada sobre o RV na seção 2.8.4, p. 40.

Por sua vez, a perspectiva clínica a curto/médio prazo (PC) foi concebida para otimizar a priorização do atendimento ambulatorial e atenção com vulnerabilidades sociais. Essa variável qualifica o quadro clínico atual, expressando se o prognóstico está condicionado a alguma condição, no momento que antecede o desinternamento. Ela é útil para indicar desafios que precisam ser equacionados para que o quadro clínico tenha boa evolução.

A qualidade da qualidade da rede suporte social e/ou familiar (QS) é uma variável de moderação, fundamental no processo decisório. Ela auxiliará o gestor se atentar para limitações e desafios relacionados às condições sociais, que muitas vezes contribuem para a descontinuidade de tratamento e o aumento do RV. Ela mescla diversos aspectos, como: acesso ao serviço de saúde, capacidade de autocuidado, condição socioeconômica e, principalmente; rede de suporte (social, familiar, de cuidador) que monitore, fomente e até garanta a aderência ao tratamento.

As variáveis apresentadas acima, resultantes da discussão entre pares da seara psiquiátrico-forense, auxiliada por operadores do Direito, permitiu que sejam propostos os seguintes *tipos ideais* para classificação dos internos da ATP:

Id	RV - Risco de agir com violência	PC - Perspectiva clínica a curto/médio prazo	QS - Qualidade da rede de suporte social e/ou familiar
1	Baixo	Sintomas controlados, com estabilidade clínica sustentada. Possibilidade de receber alta no ambulatório, com baixa probabilidade de piora	Suporte desejável, mas não imprescindível para manutenção da melhora.
2	Baixo	Melhora importante obtida durante internação, com diminuição acentuada do RV. Há elevado risco de piora do RV <u>se descontinuar o tratamento</u> ambulatorial.	Suporte efetivo imprescindível para manutenção da melhora.
3	Baixo	Melhora importante obtida durante internação, com diminuição acentuada do RV, que incluiu <i>ambiente protegido do consumo de álcool e drogas</i> . Há elevado risco de piora o RV <u>se descontinuar o tratamento</u> ambulatorial <u>e/ou tiver acesso</u> a álcool e/ou drogas, fator desencadeante de piora(s) anterior(es)	Suporte efetivo imprescindível para manutenção da melhora.
4	Baixo	Há sintomas ativos, que podem ou não melhorarem com a continuidade do tratamento ambulatorialmente. Tem pouco potencial para elevar o RV	Suporte desejável, mas não imprescindível para manutenção da melhora.
5	Moderado ou Alto	Há <u>sintomas graves ativos</u> , que poderão, ou não, melhorarem com a continuidade do tratamento ambulatorial. Há risco de evoluir com cronificação (persistência no tempo) do estado de gravidade ora observado	Suporte efetivo imprescindível para manutenção da melhora.
6	Moderado ou Alto	<u>RV elevado é permanente</u> . Clinicamente grave e crônico, <u>sem qualquer perspectiva de melhora</u> , a despeito de qualquer tratamento que continue a ser realizado.	Imprescindível Suporte efetivo. Entretanto, alta probabilidade de rede inexistente ou precária em razão de comportamento pregresso (p. ex. predatório)

Tabela 1: tipos ideais Weberianos concebidos para os internos da ATP

É importante destacar que os *tipos ideais* oferecidos consideram somente os aspectos biopsicossociais, ou seja, não incluem a situação jurídica do interno: se cumpre MS determinada judicialmente; se está internado provisoriamente e aguarda avaliação ou; se é apenado, proveniente de presídio comum, com superveniência de doença mental; entre outras possibilidades. Isso se justifica porque as regras estabelecidas pela Resolução nº 487 do CNJ abrangem todas as fases da execução penal.

3. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

3.1. Sinais e Sintomas

Analisando o processo de elaboração da Resolução nº 487 do CNJ de maneira mais ampla, conclui-se que a falta de um debate mais inclusivo e participativo, que tivesse contemplado mais segmentos da sociedade, principalmente representantes da comunidade científica; favoreceu um resultado descompassado da realidade, que destoa de premissas técnico-científicas e que fragiliza a implantação da própria política. Conforme sumarizou Barros (2023):

"A política antimanicomial tem o nobre papel de impedir a sociedade de se acomodar com a existência de depósitos de pessoas consideradas indesejáveis. Tem o dever de cobrar o fim do modelo manicomial que resta nesses estabelecimentos em flagrante persistência histórica. Mas ao desconectar-se da realidade e exigir o que não é exequível ou razoável, ela esvazia sua função e trabalha para perpetuar o que deveria combater"

Assim, conforme discutimos, o emprego de pressupostos incorretos, do ponto de vista médico-científico, levou à normas que refletem uma visão distorcida da realidade, causando desafios colossais para a implantação da política – por alguns considerada inexecutável.

Por exemplo, ao partir da premissa de que não existe o *risco de agir com violência* (“*periculosidade*”) por uma pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, a resolução equivocadamente estabelece o preceito de que todos aqueles que estão em instituições de custódia psiquiátrica são automaticamente candidatos ao tratamento ambulatorial, independentemente da gravidade de sua condição de saúde mental e limitações psicossociais.

Acolhemos, prontamente, o argumento de que muitos não deveriam lá estar, e discutimos dados a esse respeito. Por outro lado, nem todos poderão ser simplesmente ser colocados na rua, inclusive pelo dever maior de atenção à sua condição de dupla vulnerabilidade, isto é, por serem custodiados e acometidos por transtorno mental. Isso resultaria em riscos desnecessários, em primeiro lugar, para o próprio paciente.

Conforme também arrazoamos, tanto os HCTP, quando seus usuários, tem perfis muito distintos Brasil afora e, em diversos aspectos, ainda foram poucos

estudados. Essa realidade, *per se*, justificaria um debruçar mais apurado para a elaboração de uma política pública de caráter nacional – principalmente por implantar uma mudança radical do paradigma secularmente vigente, com prazos tão exíguos. Seriam necessários mais tempo e preparação, para que melhor se ajustasse às disparidades e especificidades regionais.

Aspectos como a fragilidade das RAPS - com deficiência de profissionais capacitados e equipamentos adequados, assim como o alijamento dos saberes da Psiquiatria Forense e o banimento da perícia médico-legal; foram escrutinados pela lente de quem almeja que a implantação do espírito da política antimanicomial reste bem-sucedida.

Não se criticou tudo isso, portanto, à toa. O que se pretende é que os princípios emanados pela *Lei Basaglia*, e os diplomas subsequentes, possam realmente ser implantados no Brasil. Daí o esforço empenhado para essa contribuição.

3.2. Terapêutica Proposta

O que se pretende, ao oferecer as recomendações a seguir, é promover o fortalecimento de todos os agentes sociais envolvidos no enfrentamento dos desafios impostos pela Resolução nº 487 do CNJ. O que se almeja é que o *surfar no tsunami* seja bem-sucedido. Poderá ser intenso – até assustador, é verdade. Mas que seja revestido da satisfação das boas realizações, daquelas que dão sentido à vida.

Dessa maneira, a partir do que estudamos e discutimos, entendemos ser necessário recomendar que:

1. **Prazos para interdição dos HCTP:** considerando a atual estrutura das RAPS, a necessidade de maiores estudos sobre a heterogeneidade dos HCTP e a necessidade de salvaguarda de Direitos Humanos, entre outros aspectos; sugerimos a dilação dos prazos de 6 meses para interdição parcial e de 12 meses para interdição total das instituições de custódia psiquiátrica para pelo menos 24 meses para seu total fechamento; consoante com o Parecer AJCONST/PGR nº 681035/2023, do Procurador-Geral da República e; com o ritmo de fechamento dos Hospitais Psiquiátricos Judiciais (OPG) na Itália, extintos em 2013 e fechados definitivamente em março de 2015; podendo tal dilação se coadunar com medidas de controle para monitoramento e fiscalização quanto às providências tomadas para a implantação da política antimanicomial, nesse ínterim (PGR, 2023; TJDFT; 2023);

2. **Imediata revisão do referencial de “periculosidade” adotado pela Resolução no 487 do CNJ:** substituindo-o pela análise do *risco de agir com violência*; conforme detalhadamente discutido, é falso o pressuposto de que todos os que estão cumprindo MS em HCTP podem ser transferidos de maneira segura para tratamento ambulatorial; alguns casos (minoria) ensejam uma estratégia diferenciada (vide seções 2.7, p. 31 e 2.14, p. 61);
3. **Investigar, no estado de Goiás e outros onde porventura exista suspeita,** a ocorrência de pessoas cumprindo Medida de Segurança no interior de presídios, assim como internados em instituições de caráter manicomial e eventuais expedientes que contornem o encaminhamento de pessoas em MS ao PAILI (vide seções 2.10.2 e; 2.11, p. 54);
4. **Promoção de audiências públicas e outros espaços para diálogo:** necessariamente com a ampliação da representatividade de maior número de atores sociais no círculo de debates, principalmente aqueles que possam dar contribuição vivencial (profissionais do sistema penitenciário, da saúde, da assistência social e da Justiça), e/ou de caráter técnico-científico; de maneira que alguns aspectos da resolução possam ser modulados; consoante com o que tem sido pugnado por diversas entidades médicas e exarado pelo Juízo da 5ª Vara de Execuções Criminais da Comarca de São Paulo (TJSP, 2023);
5. **Disseminar o conhecimento sobre os princípios antimanicomiais** de forma ampla, fomentando a criação de culturas institucional e intersetorial que favoreçam o engajamento fundamentado na comunhão de saberes e no respeito às diferenças ideológicas – inclusive com capacitações que tenham caráter inovador nessa temática e combatam o preconceito; entre eles, o conhecimento da experiência italiana e de outros países, notadamente no que concerne às internações psiquiátricas de custódia (TJDFT, 2023);
6. **Estimular o trabalho em rede para o robustecimento das RAPS** no atendimento ao louco infrator, abrangendo: **1-a** ampliação dos equipamentos (aumento de leitos psiquiátricos, do número e diversificação das modalidades de CAPS e; na consolidação dos serviços residenciais terapêuticos); **2-a** capacitação de todos os profissionais, para que possam atender às demandas com especificidade, tanto técnica quanto relacionalmente; **3-a** integração com serviços de perícia oficial, preferencialmente através de rotinas de avaliação conjunta e; **4-o** estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência, para o adequado manejo desse perfil de usuário do SUS.

7. **Observar o compasso das ações a serem implementadas** de acordo com as peculiaridades regionais, evitando que a implantação da política antimanicomial não contribuía, ainda que não intencionalmente, para a violação aos direitos humanos, por exemplo por desassistência ao doente mental ou justicamento pela comunidade, no caso de reincidência delitiva (vide seção 2.13, p. 59);
8. **Fomentar o desenvolvimento de pesquisas científicas** relacionadas aos diversos aspectos da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei; recomendando-se que inicialmente enfatizem o estudo das RAPS e dos perfis dos internos dos HCTP; além de outras peculiaridades que favoreçam a gestão da fase inicial da implantação da política antimanicomial, para que possa ocorrer em bases eficazes e seguras;
9. **Estimular o fortalecimento dos serviços de perícia oficial de natureza criminal** através do fomento para concurso público para provimento de vagas para psiquiatras; assim como a capacitação nos fundamentos de Psiquiatria Forense para esses peritos, médicos e demais integrantes de equipes multidisciplinares da RAPS; que terão contato com as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei (vide seção 2.9, p. 45);
10. **Recomendar que relatórios de reavaliação e para extinção de MS** sejam sempre elaborados por médico, agindo isolada ou conjuntamente com equipe multiprofissional; respeitando-se as especificidades técnicas e legais de cada profissão, incluindo a Lei do Ato Médico e a que regulamenta a perícia oficial de natureza criminal (vide seção 2.9, p. 45);
11. **Revisar a definição de transtorno mental dada pelo Art. 2º e/ou a redação do Art. 15 da Resolução nº 487 do CNJ**, relacionado a tratamento de saúde mental no curso da execução de pena; porque a combinação da definição de transtorno mental (“sofrimento psíquico”) com a desnecessidade de perícia médico-legal resultou em algo demasiadamente amplo e psicopatologicamente impreciso; com elevado potencial de configurar uma “brecha da lei” para a evasão do sistema prisional – como é possível estar ocorrendo no caso de *Fernandinho beiramar* (G1, 2023).

4. REFERÊNCIAS

- ABDALA-FILHO, et. al. **Psiquiatria Forense de Taborda**. Ed. Artmed, Porto Alegre, 3a.ed., 2016
- ABDALA-FILHO, et. al. **Psiquiatria Forense de Taborda**. Ed. Artmed, Porto Alegre, 2a.ed., 2011
- ABMLPM. **Nota de Esclarecimento sob a Resolução 487 do CNJ**. Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícia Médica. Brasília, 2023. Disponível em www.abmlpm.org.br
- ABP. **Nota de Repúdio à Resolução 487 do CNJ**. Associação Brasileira de Psiquiatria. Disponível em abp.org.br/notasoficiais. 2023
- ABRML. **Nota Pública. Associação dos Peritos Médico-Legistas de Brasília**. 2023.
- ALVES, C. **A esquizofrenia e seu tratamento farmacológico**. Rev. Estudos de Psicologia, PUC-Campinas, v. 18, n. 1, p. 12-22, janeiro/abril, 2001
- AMML. **Ofício Nº03/2023.Exposição de Motivos Contrários à Resolução 487 do Conselho Nacional de Justiça**. Associação Mineira de Medicina Legal. 15/fev/2023.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BARROS, 2021. **Definição apresentada em sala de aula pelo Prof. Dr. Daniel Barros**. Pós-Graduação Lato Sensu. Curso de Especialização em Psiquiatria Forense realizada pelo NUFOR-IPq-FMUSP. Apontamentos de aula do autor. São Paulo, 2021.
- BARROS, D. **Criminosos e Doentes**. Coluna Bem-Estar. Jornal "O Estado de São Paulo" em 6/mai/2023.
- BARROS, D.M. et al. **Psiquiatria Forense: Interfaces Jurídicas, Éticas e Clínicas**. Editora Artmed, 2a ed, Porto Alegre. 2020
- BRASIL, 1940. **Código Penal Brasileiro**. Decreto-Lei No 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940. Brasília.
- BRASIL, 1941. **Código de Processo Penal Brasileiro**. Decreto-Lei Nº 3.689, DE 3 DE OUTUBRO DE 1941. Brasília.
- BRASIL, 1984. **Lei de Execução Penal**. Lei Nº 7.210, DE 11 DE JULHO DE 1984. Brasília, 1984
- BRASIL, 2001. **Lei 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. Diário Oficial da União, 9/abr/2011.
- BRASIL, 2009. **Lei da Perícia Criminal**. LEI Nº 12.030, DE 17 DE SETEMBRO DE 2009. Brasília.

BRASIL, 2013. **Lei nº 12.842 Dispõe sobre o exercício da Medicina (Lei do Ato Médico)**, de 10 de julho de 2013.

BRASIL, 2015. **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)**. LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015. Brasília

CAETANO, H. **Loucura e Direito Penal: Pistas para a extinção dos manicômios judiciais**. Tese de doutorado. Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2018.

CAETANO, H. **PAILI: Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator**. Ministério Público do Estado de Goiás. 3a ed. Goiânia. 2013.

CAMARA. **Projeto de Decreto Legislativo Nº 81/2023**. Câmara dos Deputados. Deputado Kim Katiguri, 2023.

CASTELLO, O & BRITO, L. **Perfil de internos em um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico no Distrito Federal**: contribuições para a implantação das medidas estabelecidas pela Resolução 487 do Conselho Nacional de Justiça. Projeto de Pesquisa em fase de implantação. Disciplina de Psiquiatria e Psicologia Médica. Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, 2023.

CFM. **Código de Ética Médica**. Resolução 1931/2009 do Conselho Federal de Medicina. Brasília. 2009

CFP, 2015. **Inspeções aos manicômios. Relatório Brasil 2015**. Conselho Federal de Psicologia. Brasília. Disponível também em: www.cfp.org.br

CNJ, 2023a. **Resolução CNJ nº 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. Conselho Nacional de Justiça (CNJ), Brasília, 2023.

CNJ, 2023b. **Manual da política antimanicomial do Poder judiciário: Resolução CNJ nº 487 de 2023**. Conselho Nacional de Justiça, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Ministério da Saúde; coordenação de Luís Geraldo Sant'Ana Lanfredi ... [et al.]. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Inspeções aos manicômios**. Brasília: 2015, CFP.

COPEN-GO, 2023a. **1.250ª Sessão Ordinária do Conselho Penitenciário do Estado Goiás**, realizada em 9/nov/23. Disponível em: <https://bit.ly/3SAjIOI>

COPEN-GO, 2023b. **1.252ª Sessão Ordinária do Conselho Penitenciário do Estado Goiás**, realizada em 23/nov/23. Disponível em: <https://bit.ly/3T02Sil> . A partir 2h:30min

COSTA, E. **A falência da Medida de Segurança: da exclusão à alteridade**. Tese de Doutorado Apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Brasília, 2015. Acessado em 10/nov/23. Disponível em: https://repositorio.unb.br/handle/10482/18752?locale=pt_BR .

CREMEGO. **CREMEGO Repudia a Resolução do CNJ que prevê a liberdade de pessoas com transtorno mental que cometeram crimes de alta periculosidade.** Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás 2023. Disponível em www.cremego.org.br

CREMERS. **Alerta a Sociedade. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul.** 2023. Disponível em www.cremers.org.br

CREMESP. **Nota Pública. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo 2023.** Disponível em www.cremesp.org.br

CRM-DF. **Parecer 1/2023.** Dispõe sobre o impedimento do médico assistente responder a quesitos para processos judiciais e reforça conteúdo de relatórios médicos elaborados para fins periciais. Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal. Brasília. 2023

DALGALARRONDO, P., *et.al.* **Challenges facing the psychiatric reform and mental health care in Brazil: Critical unmet needs and prospects for better integrating the public and university sectors.** SSM-Mental Health, v. 4, 2023. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2023.100262>

DGAP, 2023. **Ofício nº 110875/2023/DGAP.** Diretoria-Geral da Administração Penitenciária. Goiânia, 16/nov/2023.

DINIZ, D. 2011. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011.** Brasília. Editora Universidade de Brasília. ISBN 978-85-98070-35-3. Disponível em <https://livros.unb.br/index.php/portal/catalog/book/9>

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

DODF. **Diário Oficial do Distrito Federal.** Brasília. 3/nov/2023.

EPIPHANIO, E. et al. **Perícias Médicas Teoria e Prática.** Ed. Guanabara-Koogan. p 3. 2009.

FIOCRUZ. **Curso de Atualização em Saúde Mental, Direitos Humanos e Políticas Públicas. Modalidade Virtual.** Carga horária de 30h. Apointamentos de Aulas de Otávio Castello de Campos Pereira. Brasília, 2023.

FRANÇA, G. **Medicina Legal.** Ed. Guanabara-Koogan. 9a ed. p. 12. 2011

G1, 2023. **Um dos maiores traficantes do Brasil, Fernandinho Beira-Mar, alega insanidade mental para tentar sair da cadeia.** Artigo de Marta de Jesus e José Câmara publicado no portal www.g1.com em 25/out/23 as 17h36.

GAVINIER,L. 2023a. **Assistência Psiquiátrico-Forense Criminal no Brasil.** Artigo disponível em <https://leandrogaviniere.wordpress.com/2023/11/04/assistencia-psiquiatrico-forense-criminal-no-brasil/>. Acessado em 5/nov/2023

GAVINIER, L. 2023b. **O perfil do paciente que precisa do HCTP**. Artigo disponível em <https://leandrogaviner.wordpress.com/2023/11/04/assistencia-psiquiatrico-forense-criminal-no-brasil/>. Acessado em 5/nov/2023

GUTMAN, G. **Criminologia, Antropologia e Medicina Legal. Um personagem central: Leonídio Ribeiro**. Rev. latinoam. psicopatol. fundam., n. 13, v. 3, set. 2010

HOLOCAUSTO brasileiro. Direção: Armando Mendes e Daniela Arbex. 2016, 90 min.

JACOBINA, P.. **Direito Penal da Loucura**. Brasília: ESMPU, 2008.

LINK VANGUARDA, 2023. **Hospital de custódia de Taubaté pode ser fechado**. Telejornal Link Vanguarda de 16/10/2023. Disponível em <https://globoplay.globo.com/v/12033483/>. Acesso em 10/nov.2023

MORAES, LF., et al. **O Paradigma Weberiano da Ação Social: um Ensaio sobre a Compreensão do Sentido, a Criação de Tipos Ideais e suas Aplicações na Teoria Organizacional**. RAC, v.7, n.2, Abr/Jun 2003.

MPF. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei Nº 10.216/200**. Ministério Público Federal. Brasília, 2011.

PGR, 2023. **Parecer AJCONST/PGR Nº 681035/2023 na Ação Direta de Inconstitucionalidade no 7.389/DF**. Augusto Aras, Procurador Geral da República. Requerente: PODEMOS. Relator: Ministro Édson Fachin. 4/jul/23. Brasília

PROFISSÃO REPÓRTER, 2023. **Lei antimanicomial - Fim de manicômio judiciário**. Programa televisivo da TV Globo exibido em 05/set/2023. Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=6t_TiY_Ewg8. Acessado em 10/nov.2023

SENADO. **Projeto de Decreto Legislativo Nº 152/2023**. Senado Federal. Senador Styvenson Valentim, 2023.

SES, 2022a. **Estudo da Necessidade e Priorização de CAPS no DF**. Secretaria de Estado da Saúde. 2022 Disponível em <https://www.saude.df.gov.br/diretoria-saude-mental>. Acesso em 10/nov/23.

SES, 2022b. **Saúde Mental em Dados do DF. Secretaria de Estado da Saúde**. 2022. Disponível em <https://www.saude.df.gov.br/diretoria-saude-mental>. Acessado em 10/nov/23.

SES. **Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2020-2023**. Secretaria de Estado da Saúde. Janeiro de 2021. Disponível em <https://www.saude.df.gov.br/diretoria-saude-mental>. Acessado em 10/nov/23.

SES. **Sítio da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal**. <https://www.saude.df.gov.br/diretoria-saude-mental>. Acessado em 10/nov/2023.

STF, 2023. **Ação Direta de Inconstitucionalidade Nº 7.389/DF**. Requerente: PODEMOS. Relator: Ministro Édson Fachin. Brasília

TJDFT, 2023. **Decisão proferida pelo Corregedor da Justiça do Distrito Federal e dos Territórios**. Processo SEI 0017262/2023, documento ID 2991656.

TJDFT, 2023a. **Plano Distrital de Implementação da Política Antimanicomial no âmbito do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios em Interface com as Políticas Sociais** - Resolução CNJ n. 487/2023. Brasília, 2023.

TJDFT-GT, 2023b. **Visita às instalações da Ala de Tratamento Psiquiátrico em 8/nov/23**. Grupo de Trabalho do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios para implementação da política antimanicomial do Poder Judiciário (Resolução no 487 do CNJ). Vide também: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/noticias/2023/novembro/grupo-de-trabalho-sobre-politica-antimanicomial-do-judiciario-no-df-visita-instituicoes-em-goiania-e-neropolis>

TJDFT-GT, 2023c. **Visita ao Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) em 17/nov/23**. Grupo de Trabalho do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios para implementação da política antimanicomial do Poder Judiciário (Resolução no 487 do CNJ). Vide também: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/noticias/2023/novembro/grupo-de-trabalho-sobre-politica-antimanicomial-do-judiciario-no-df-visita-instituicoes-em-goiania-e-neropolis>

TJDFT-GT, 2023d. **Visita Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira, em Nerópolis/GO em 17/nov/23**. Grupo de Trabalho do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios para implementação da política antimanicomial do Poder Judiciário (Resolução no 487 do CNJ).

TJSP **Processo 0013524-11.2023.8.26.0050**. Quinta Vara de Execuções Criminais. DECISÃO do Juiz Paulo Eduardo de Almeida Sorci em 22/set/23; 2023.

WIKIPEDIA, 2023a. **Hospital Psiquiátrico do Juqueri**. Acessado em 10/nov/23. Obtida de "https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Hospital_Psiquiátrico_do_Juqueri&oldid=66946821"

WIKIPEDIA, 2023b. **Hospital Colônia de Barbacena**. Acessado em 10/nov/23. Obtida de "https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Hospital_Colônia_de_Barbacena&oldid=65798660"

5. SOBRE O AUTOR

Perito Médico-Legista da Polícia Civil do Distrito Federal (PCDF) e chefe da Seção de Psiquiatria Forense do Instituto de Medicina Legal Leonídio Ribeiro (DF). Médico especialista em Geriatria pela Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo e em Medicina Legal e Perícia Médica pela Associação Médica Brasileira. Pós-Graduado em Psiquiatria Forense pelo Núcleo de Psiquiatria e Psicologia Forense, do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Professor Colaborador de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília. Integrante, representando a PCDF, do Grupo de Trabalho do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios para implementação da política antimanicomial do Poder Judiciário (Resolução nº 487 do CNJ). Diretor Científico do Instituto Parentalidade Prateada.

E-mail: otavio@otaviocastello.com.br.

Site: <http://www.otaviocastello.com.br>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6172644291323202>

6. ANEXO 1 – Resolução nº 487 do Conselho Nacional de Justiça



Poder Judiciário

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.

A PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ), no uso de suas atribuições legais e regimentais,

CONSIDERANDO os princípios da República Federativa do Brasil, fundada na dignidade da pessoa humana e, especialmente, os direitos fundamentais à saúde, ao devido processo legal e à individualização da pena (CF, arts. 1º, III; 5º, XLVI, LIV e 6º, *caput*);

CONSIDERANDO a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (2006), pela qual o Estado brasileiro comprometeu-se a promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais das pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação;

CONSIDERANDO a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (1984) e seu Protocolo Facultativo (2002) e a necessidade de combater a sua prática nas instituições de tratamento da saúde mental, públicas ou privadas, bem como a Resolução CNJ n. 414/2021, que estabelece diretrizes e quesitos periciais para a realização dos exames de corpo de delito nos casos em que haja indícios de prática de tortura e outros tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, conforme os parâmetros do Protocolo de Istambul;





Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

CONSIDERANDO o Ponto Resolutivo 8 da sentença da Corte Interamericana de Direito Humanos proferida no Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, que determinou ao Estado brasileiro continuar a desenvolver um programa de formação e capacitação para o pessoal médico, de psiquiatria e psicologia, de enfermagem e auxiliares de enfermagem e para todas as pessoas vinculadas ao atendimento de saúde mental, em especial sobre os princípios que devem reger o trato das pessoas portadoras de deficiência mental, conforme os padrões internacionais sobre a matéria;

CONSIDERANDO que a Unidade de Monitoramento e Fiscalização das Decisões da Corte Interamericana de Direitos Humanos (UMF Corte IDH/CNJ), instituída no âmbito do Conselho Nacional de Justiça por meio da Resolução CNJ n. 364/2021, acompanha o cumprimento das determinações da Corte Interamericana de Direitos Humanos em relação ao Estado brasileiro;

CONSIDERANDO a Lei n. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

CONSIDERANDO a Lei n. 13.146/2015 - Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), que assegura e promove, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania;

CONSIDERANDO a Resolução n. 32/18, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em julho de 2016, que reafirma as obrigações dos Estados Membros em promover e proteger todos os direitos humanos e liberdades fundamentais e garantir que políticas e serviços relacionados à saúde mental cumpram as normas internacionais de direitos humanos;

CONSIDERANDO o Relatório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos das Nações Unidas, apresentado na 34ª Sessão da Assembleia Geral da ONU





Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

em janeiro de 2017, que expõe um conjunto de recomendações voltadas à qualificação dos serviços de saúde mental, a acabar com a prática do tratamento involuntário e da institucionalização e para criação de um ambiente político e legal que assegure a garantia dos direitos humanos das pessoas com deficiências psicossociais;

CONSIDERANDO a Resolução n. 8/2019 do Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH), destinada à orientação das políticas de saúde mental e uso problemático de álcool e outras drogas em todo o território nacional, e as Resoluções n. 04/2010 e 05/2004 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), para a aplicação da Lei n. 10.216/2001 à execução das medidas de segurança;

CONSIDERANDO a Resolução CNJ n. 113/2010 e a Recomendação CNJ n. 35/2011, publicadas com o objetivo de adequar a atuação da justiça penal aos dispositivos da Lei n. 10.216/2001, privilegiando-se a manutenção da pessoa em sofrimento mental em meio aberto e o diálogo permanente com a rede de atenção psicossocial;

CONSIDERANDO o art. 9º, § 3º, da Resolução CNJ n. 213/2015, que dispõe sobre a realização de audiência de custódia, disciplinando sobre a garantia de acesso aos serviços médico e psicossocial, resguardada sua natureza voluntária, para pessoas que apresentem quadro de transtorno mental ou dependência química;

CONSIDERANDO a Resolução CNJ n. 288/2019, que define a política institucional do Poder Judiciário para a promoção da aplicação de alternativas penais, com enfoque restaurativo, em substituição à privação de liberdade, bem como a Resolução n. 2002/2012 do Conselho Econômico e Social da ONU, destinada à orientação dos princípios básicos para a utilização de programas de justiça restaurativa em matéria criminal, além da Resolução CNJ n. 225/2016, que dispõe sobre a Política Nacional de Justiça Restaurativa no âmbito do Poder Judiciário;





Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

CONSIDERANDO a Resolução CNJ n. 425/2021, que institui, no âmbito do Poder Judiciário, a Política Nacional Judicial de Atenção a Pessoas em Situação de Rua e suas interseccionalidades;

CONSIDERANDO a atenção às minorias com vulnerabilidades acrescidas e suas interseccionalidades, bem como os atos normativos do CNJ sobre a temática em relação à privação de liberdade, como a Resolução CNJ n. 287/2019 (indígenas); Resolução CNJ n. 348/2020 (LGBTI); Resolução CNJ n. 405/021 (migrantes); Resolução CNJ n. 369/2021 (gestantes, mães, pais e responsáveis por crianças e pessoas com deficiência);

CONSIDERANDO a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída por meio da Portaria Interministerial n. 1/2014, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, bem como a Portaria n. 94/2014, do Ministério da Saúde, que 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);

CONSIDERANDO as Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça da Infância e da Juventude (Regras de Pequim);

CONSIDERANDO o art. 112, § 3º do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), instituído pela Lei n. 8.069/1990, que dispõe que adolescente com sofrimento mental ou transtorno psíquico deverão receber tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições;

CONSIDERANDO o art. 64, em especial, § 7º da Lei n. 12.594/2012, que institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), que dispõe que o tratamento a que se submeterá o adolescente com sofrimento mental ou transtorno psíquico deverá observar o previsto na Lei n. 10.216/2001;





Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

CONSIDERANDO, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentada pelas Portarias Consolidadas/MS n. 2/2017 (Anexo XVII) e n. 6/2017 (Seção V, Capítulo II);

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário do CNJ, no Procedimento de Ato Normativo n. 0007026-10.2022.2.00.0000, 1ª Sessão Virtual, realizada em 10 de fevereiro de 2023;

RESOLVE:

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Instituir a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, por meio de procedimentos para o tratamento das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial que estejam custodiadas, sejam investigadas, acusadas, réis ou privadas de liberdade, em cumprimento de pena ou de medida de segurança, em prisão domiciliar, em cumprimento de alternativas penais, monitoração eletrônica ou outras medidas em meio aberto, e conferir diretrizes para assegurar os direitos dessa população.

Art. 2º Para fins desta Resolução, considera-se:

I – pessoa com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial: aquela com algum comprometimento, impedimento ou dificuldade psíquica, intelectual ou mental que, confrontada por barreiras atitudinais ou institucionais, tenha inviabilizada a plena manutenção da organização da vida ou lhe cause sofrimento psíquico e que apresente necessidade de cuidado em saúde mental em qualquer fase do ciclo penal, independentemente de exame médico-legal ou medida de segurança em curso;

II – Rede de Atenção Psicossocial (Raps): rede composta por serviços e equipamentos variados de atenção à saúde mental, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de





Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos Caps III), presentes na Atenção Básica de Saúde, na Atenção Psicossocial Estratégica, nas urgências, na Atenção Hospitalar Geral, na estratégia de desinstitucionalização, como as Residências Terapêuticas, o Programa de Volta para Casa (PVC) e estratégias de reabilitação psicossocial;

III – Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP): equipe multidisciplinar que acompanha o tratamento durante todas as fases do procedimento criminal com o objetivo de apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e para viabilizar o acesso à Rede de Atenção Psicossocial (Raps);

IV – equipe conectora: equipe vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) que exerça função análoga à da EAP;

V – equipe multidisciplinar qualificada: equipe técnica multidisciplinar que tenha experiência e incursão nos serviços com interface entre o Poder Judiciário, a saúde e a proteção social; do Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada (Apec); do Serviço de Acompanhamento de Alternativas Penais; da EAP ou outra equipe conectora;

VI – Projetos Terapêuticos Singulares (PTS): conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou comunidade, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e centrado na singularidade da pessoa em tratamento, de modo a contribuir para a estratégia compartilhada de gestão e de cuidado, possibilitando a definição de objetivos comuns entre equipe e sujeito em acompanhamento em saúde; e

VII – Modelo Orientador: modelo elaborado pelo Conselho Nacional de Justiça com o objetivo de instruir o Poder Judiciário acerca dos fluxos a serem adotados para o cuidado da pessoa com transtorno mental submetida a procedimento criminal, em local adequado à atenção em saúde a fim de adotar os parâmetros dispostos na presente Resolução.

Parágrafo único. Estão abrangidas por esta Resolução, nos termos do *caput* deste artigo, as pessoas em sofrimento ou com transtorno mental relacionado ao





Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

uso abusivo de álcool e outras drogas, que serão encaminhadas para a rede de saúde, nos termos do art. 23-A da Lei n. 11.343/2006, garantidos os direitos previstos na Lei n. 10.216/2001.

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

I – o respeito pela dignidade humana, singularidade e autonomia de cada pessoa;

II – o respeito pela diversidade e a vedação a todas as formas de discriminação e estigmatização, com especial atenção aos aspectos interseccionais de agravamento e seus impactos na população negra, LGBTQIA+, mulheres, mães, pais ou cuidadores de crianças e adolescentes, pessoas idosas, convalescentes, migrantes, população em situação de rua, povos indígenas e outras populações tradicionais, além das pessoas com deficiência;

III – o devido processo legal, a ampla defesa, o contraditório e o acesso à justiça em igualdade de condições;

IV – a proscrição à prática de tortura, maus tratos, tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes;

V – a adoção de política antimanicomial na execução de medida de segurança;

VI – o interesse exclusivo do tratamento em benefício à saúde, com vistas ao suporte e reabilitação psicossocial por meio da inclusão social, a partir da reconstrução de laços e de referências familiares e comunitárias, da valorização e do fortalecimento das habilidades da pessoa e do acesso à proteção social, à renda, ao trabalho e ao tratamento de saúde;

VII – o direito à saúde integral, privilegiando-se o cuidado em ambiente terapêutico em estabelecimentos de saúde de caráter não asilar, pelos meios menos invasivos possíveis, com vedação de métodos de contenção física, mecânica ou farmacológica desproporcional ou prolongada, excessiva medicalização, impedimento de acesso a tratamento ou medicação, isolamento compulsório, alojamento em ambiente impróprio e eletroconvulsoterapia em desacordo com os protocolos médicos e as normativas de direitos humanos;





Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

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

IX – a articulação interinstitucional permanente do Poder Judiciário com as redes de atenção à saúde e socioassistenciais, em todas as fases do procedimento penal, mediante elaboração de PTS nos casos abrangidos por esta Resolução;

X – a restauratividade como meio para a promoção da harmonia social, mediante a garantia do acesso aos direitos fundamentais e a reversão das vulnerabilidades sociais;

XI – atenção à laicidade do Estado e à liberdade religiosa integradas ao direito à saúde, que resultam na impossibilidade de encaminhamento compulsório a estabelecimentos que não componham a Raps ou que condicionem ou vinculem o tratamento à conversão religiosa ou ao exercício de atividades de cunho religioso; e

XII – respeito à territorialidade dos serviços e ao tratamento no meio social em que vive a pessoa, visando sempre a manutenção dos laços familiares e comunitários.

CAPÍTULO II DAS DIRETRIZES DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL

Seção I Das audiências de custódia

Art. 4º Quando apresentada em audiência de custódia pessoa com indícios de transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial identificados por equipe multidisciplinar qualificada, ouvidos o Ministério Público e a defesa, caberá à autoridade judicial o encaminhamento para atendimento voluntário na Raps voltado à proteção social em políticas e programas adequados, a partir de fluxos pré-estabelecidos com a rede, nos termos da Resolução CNJ n. 213/2015 e do Modelo Orientador CNJ.





Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

Parágrafo único. Será assegurada à pessoa com indícios de transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial a oportunidade de manifestar a vontade de ter em sua companhia pessoa por ela indicada, integrante de seu círculo pessoal ou das redes de serviços públicos com as quais tenha vínculo, ou seja, referenciada, para o fim de assisti-la durante o ato judicial.

Art. 5º Nos casos em que a autoridade judicial, com apoio da equipe multidisciplinar e após ouvidos o Ministério Público e a defesa, entender que a pessoa apresentada à audiência de custódia está em situação de crise em saúde mental e sem condições de participar do ato, solicitará tentativas de manejo de crise pela equipe qualificada.

§ 1º Para efeitos deste artigo, entende-se por manejo da crise o imediato acionamento de equipe de saúde da Raps para a tomada de medidas emergenciais e referenciamento do paciente ao serviço de saúde, além da realização de ações de escuta, compreensão da condição pessoal, produção imediata de consensos possíveis, mediação entre a pessoa e as demais presentes no ambiente e a restauração do diálogo, bem como, o quanto antes, a identificação dos fatores que possivelmente desencadearam a crise.

§ 2º Caso exauridas sem sucesso as tentativas de manejo de crise, a autoridade judicial realizará o encaminhamento da pessoa para atendimento em saúde por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) ou outros serviços da Raps, e providenciará o registro da não realização da audiência de custódia, por meio de termo no qual constará:

I – a determinação para elaboração de relatório médico acompanhado, se for o caso, de informes dos demais profissionais de saúde do estabelecimento ao qual a pessoa presa em flagrante for encaminhada, a fim de documentar eventuais indícios de tortura ou maus tratos, a ser remetido ao juízo em 24 (vinte e quatro) horas;

II – a requisição imediata de informações às secretarias municipal ou estadual de saúde sobre a atual condição da pessoa e indicação de acompanhamento em saúde mais adequado, que poderá compor o PTS, com descrição de eventual tratamento que esteja em curso, a serem prestadas em 48 (quarenta e oito) horas, com a finalidade de subsidiar a tomada de decisão judicial.





Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

§ 3º Caso a pessoa não receba alta médica para ser apresentada em juízo no prazo legal, a autoridade judicial poderá realizar o ato no local em que a pessoa se encontrar e, nos casos em que o deslocamento se mostre inviável, deverá providenciar a condução para a realização da audiência de custódia imediatamente após restabelecida sua condição de saúde ou de apresentação.

Art. 6º A autoridade judicial, quando da análise da legalidade da prisão em flagrante, avaliará se o uso de algemas ou instrumentos de contenção física atendeu aos princípios da proporcionalidade e não discriminação, considerada a condição de saúde mental da pessoa, ou se ocorreu de maneira a causar deliberadamente dores ou lesões desnecessárias, o que poderia configurar hipótese de tortura ou maus tratos, conforme os parâmetros elencados pelo CNJ no Manual de Algemas e Outros Instrumentos de Contenção em Audiências Judiciais.

Art. 7º Nos casos dos art. 4º ou 5º, não sendo hipótese de relaxamento da prisão, a autoridade judicial avaliará a necessidade e adequação de eventual medida cautelar, consideradas as condições de saúde da pessoa apresentada e evitando a imposição de:

I – medida que dificulte o acesso ou a continuidade do melhor tratamento disponível, ou que apresente exigências incompatíveis ou de difícil cumprimento diante do quadro de saúde apresentado; e

II – medidas concomitantes que se revelem incompatíveis com a rotina de acompanhamento na rede de saúde.

§ 1º Será priorizada a adoção de medidas distintas do monitoramento eletrônico para pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial, sem que isso enseje a aplicação de medidas que obstem o tratamento em liberdade.

§ 2º A autoridade judicial levará em consideração as condições que ampliem a vulnerabilidade social, bem como os aspectos interseccionais, no caso de pessoas em situação de rua, população negra, mulheres, população LGBTQIA+, mães, pais ou cuidadores de crianças e adolescentes, pessoas idosas, pessoas convalescentes, migrantes, povos indígenas e outras populações tradicionais, para que a aplicação de





Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

eventual medida seja condizente com a realidade social e o referenciamento aos serviços especializados da rede de proteção social.

Art. 8º Nos casos em que a autoridade judicial substituir a prisão preventiva pela domiciliar, nos termos do art. 318 do Código de Processo Penal, serão garantidos a possibilidade de tratamento adequado na Raps e o exercício de outras atividades que reforcem a autonomia da pessoa, como trabalho e educação.

Seção II

Da necessidade de tratamento em saúde mental no curso de prisão preventiva ou outra medida cautelar

Art. 9º No caso de a pessoa necessitar de tratamento em saúde mental no curso de prisão processual ou outra medida cautelar, a autoridade judicial:

I – no caso de pessoa presa, reavaliará a necessidade e adequação da prisão processual em vigor ante a necessidade de atenção à saúde, para início ou continuidade de tratamento em serviços da Raps, ouvidos a equipe multidisciplinar, o Ministério Público e a defesa;

II – no caso de pessoa solta, reavaliará a necessidade e adequação da medida cautelar em vigor, observando-se as disposições do artigo anterior.

Parágrafo único. O encaminhamento para os serviços da Raps ou rede de proteção social será apoiado pelas equipes mencionadas no art. 2º, III, IV e V, considerando a interlocução entre esses serviços e os equipamentos responsáveis pelo tratamento em saúde, de modo que eventuais subsídios sobre a singularidade do acompanhamento da pessoa sejam aportados ao processo visando a priorização da saúde.

Art. 10. A análise sobre a imputabilidade da pessoa, quando necessária, poderá ser qualificada com requisição de informações sobre o atendimento e o tratamento dispensado nos serviços aos quais a pessoa esteja vinculada, respeitado o sigilo de informações pessoais e médicas.

Parágrafo único. Considerando que o incidente de insanidade mental que subsidiará a autoridade judicial na decisão sobre a culpabilidade ou não do réu é prova pericial constituída em favor da defesa, não é possível determiná-la compulsoriamente em caso de oposição desta.





Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

Seção III Da medida de segurança

Art. 11. Na sentença criminal que imponha medida de segurança, a autoridade judicial determinará a modalidade mais indicada ao tratamento de saúde da pessoa acusada, considerados a avaliação biopsicossocial, outros exames eventualmente realizados na fase instrutória e os cuidados a serem prestados em meio aberto.

Parágrafo único. A autoridade judicial levará em conta, nas decisões que envolvam imposição ou alteração do cumprimento de medida de segurança, os pareceres das equipes multiprofissionais que atendem o paciente na Raps, da EAP ou outra equipe conectora.

Subseção I Do tratamento ambulatorial

Art. 12. A medida de tratamento ambulatorial será priorizada em detrimento da medida de internação e será acompanhada pela autoridade judicial a partir de fluxos estabelecidos entre o Poder Judiciário e a Raps, com o auxílio da equipe multidisciplinar do juízo, evitando-se a imposição do ônus de comprovação do tratamento à pessoa com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial.

§ 1º O acompanhamento da medida levará em conta o desenvolvimento do PTS e demais elementos trazidos aos autos pela equipe de atenção psicossocial, a existência e as condições de acessibilidade ao serviço, a atuação das equipes de saúde, a vinculação e adesão da pessoa ao tratamento.

§ 2º Eventuais interrupções no curso do tratamento devem ser compreendidas como parte do quadro de saúde mental, considerada a dinâmica do acompanhamento em saúde e a realidade do território no qual a pessoa e o serviço estão inseridos.

§ 3º A ausência de suporte familiar não deve ser entendida como condição para a imposição, manutenção ou cessação do tratamento ambulatorial ou, ainda, para a desinternação condicional.





Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

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

§ 5º A autoridade judicial avaliará a possibilidade de extinção da medida de segurança, no mínimo, anualmente, ou a qualquer tempo, quando requerido pela defesa ou indicada pela equipe de saúde que acompanha o paciente, não estando condicionada ao término do tratamento em saúde mental.

Subseção II Da medida de internação

Art. 13. A imposição de medida de segurança de internação ou de internação provisória ocorrerá em hipóteses absolutamente excepcionais, quando não cabíveis ou suficientes outras medidas cautelares diversas da prisão e quando compreendidas como recurso terapêutico momentaneamente adequado no âmbito do PTS, enquanto necessárias ao restabelecimento da saúde da pessoa, desde que prescritas por equipe de saúde da Raps.

§ 1º A internação, nas hipóteses referidas no *caput*, será cumprida em leito de saúde mental em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde referenciado pelo Caps da Raps, cabendo ao Poder Judiciário atuar para que nenhuma pessoa com transtorno mental seja colocada ou mantida em unidade prisional, ainda que em enfermaria, ou seja submetida à internação em instituições com características asilares, como os HCTPs ou equipamentos congêneres, assim entendidas aquelas sem condições de proporcionar assistência integral à saúde da pessoa ou de possibilitar o exercício dos direitos previstos no art. 2º da Lei n. 10.216/2001.

§ 2º A internação cessará quando, a critério da equipe de saúde multidisciplinar, restar demonstrada a sua desnecessidade enquanto recurso terapêutico, caso em que, comunicada a alta hospitalar à autoridade judicial, o acompanhamento psicossocial poderá continuar nos demais dispositivos da Raps, em meio aberto.

§ 3º Recomenda-se à autoridade judicial a interlocução constante com a equipe do estabelecimento de saúde que acompanha a pessoa, a EAP ou outra equipe





Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

conectora, para que sejam realizadas avaliações biopsicossociais a cada 30 (trinta) dias, a fim de se verificar as possibilidades de reversão do tratamento para modalidades em liberdade ou mesmo para sua extinção.

Art. 14. Serão proporcionadas ao paciente em internação, sem obstrução administrativa, oportunidades de reencontro com sua comunidade, sua família e seu círculo social, com atividades em meio aberto, sempre que possível, evitando-se ainda sua exclusão do mundo do trabalho, nos termos do PTS.

Seção IV

Da necessidade de tratamento em saúde mental no curso da execução da pena

Art. 15. Nos casos em que a pessoa submetida ao cumprimento de pena necessitar de tratamento em saúde mental, a autoridade judicial avaliará a necessidade e adequação da prisão em vigor ante a demanda de atenção à saúde, para início ou continuidade de tratamento em serviços da Raps, ouvidos a equipe multidisciplinar, o Ministério Público e a defesa.

Parágrafo único. O encaminhamento para os serviços da Raps e à rede de proteção social será apoiado pelas equipes de saúde das unidades prisionais, pela EAP e demais equipes conectoras, a partir de constante interlocução com os equipamentos da Raps responsáveis pelo tratamento, de modo que subsídios sobre a singularidade do acompanhamento da pessoa sejam aportados ao processo com a finalidade de priorização da saúde.

Seção V

Da desinstitucionalização

Art. 16. No prazo de até 6 (seis) meses, contados a partir da entrada em vigor desta Resolução, a autoridade judicial competente revisará os processos a fim de avaliar a possibilidade de extinção da medida em curso, progressão para tratamento ambulatorial em meio aberto ou transferência para estabelecimento de saúde adequado, nos casos relativos:

I – à execução de medida de segurança que estejam sendo cumpridas em HCTPs, em instituições congêneres ou unidades prisionais;





Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

II – a pessoas que permaneçam nesses estabelecimentos, apesar da extinção da medida ou da existência de ordem de desinternação condicional; e

III – a pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial que estejam em prisão processual ou cumprimento de pena em unidades prisionais, delegacias de polícia ou estabelecimentos congêneres.

Parágrafo único. Para fins do disposto no *caput*, o Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial previsto no art. 20, VI, e as equipes conectoras ou multidisciplinares qualificadas apoiarão as ações permanentes de desinstitucionalização.

Art. 17. Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, a autoridade judicial competente para a execução penal determinará a elaboração, no prazo de 12 (doze) meses contados da entrada em vigor desta Resolução, de PTS para todos os pacientes em medida de segurança que ainda estiverem internados em HCTP, em instituições congêneres ou unidades prisionais, com vistas à alta planejada e à reabilitação psicossocial assistida em meio aberto, a serem apresentadas no processo ou em audiência judicial que conte com a participação de representantes das entidades envolvidas nos PTSs.

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

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 19. Recomenda-se, sempre que possível, em qualquer fase processual, a derivação de processos criminais que envolvem pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial para programas comunitários ou judiciários de justiça restaurativa, a partir da utilização de vias consensuais alternativas,





Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

visando à desinstitucionalização, em consonância com os princípios norteadores da justiça restaurativa presentes na Resolução CNJ n. 225/2016.

Art. 20. Os Grupos de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário (GMFs) dos tribunais poderão:

I – realizar inspeções judiciais, de modo conjunto com as autoridades judiciais da execução penal, nos estabelecimentos em que estejam internadas pessoas em cumprimento de medida de segurança, bem como aquelas internadas provisoriamente, podendo, para tanto, articular-se com as secretarias de saúde, conselhos profissionais com atuação na área da saúde, como os Conselhos Regional ou Federal de Serviço Social e de Psicologia, e instâncias paritárias e organizações da sociedade civil, para verificar as condições dos referidos espaços à luz da Lei n. 10.216/2001;

II – mobilizar a Raps, juntamente com a EAP, visando a integração entre as práticas inerentes à justiça criminal e à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e o direcionamento de formas de atenção segundo as premissas consignadas nesta norma e nos moldes previstos no art. 4º, § 4º da Portaria n. 94/GM/MS, de 14 de janeiro de 2014;

III – fomentar a atuação do Poder Judiciário de modo articulado com a EAP e demais equipes conectoras para a identificação de pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial em unidades de custódia potencialmente destinatários de medidas terapêuticas;

IV – fomentar a instituição e o fortalecimento da PNAISP e da EAP junto às Secretarias Estadual e Municipais de Saúde;

V – fomentar e colaborar com a construção de fluxos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, envolvendo os órgãos e instâncias responsáveis pelas políticas de administração penitenciária, saúde e assistência social, com base no paradigma antimanicomial e no Modelo Orientador CNJ; e

VI – instituir ou participar de Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário, o qual contará com representantes do GMF, da Vara de Execução Penal, da Saúde Mental-Raps, da Assistência Social, do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à





Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

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.

Art. 21. Para o cumprimento do disposto nesta Resolução, os tribunais poderão promover, em colaboração com as Escolas de Magistratura, cursos destinados à permanente qualificação e atualização funcional de magistrados e servidores no tema da saúde mental em consonância com os parâmetros nacionais e internacionais dos Direitos Humanos.

Art. 22. Esta Resolução também será aplicada aos adolescentes com transtorno ou sofrimento mental apreendidos, processados por cometimento de ato infracional ou em cumprimento de medida socioeducativa, no que couber, enquanto não for elaborado ato normativo próprio, considerando-se a condição de pessoa em desenvolvimento, o princípio da prioridade absoluta e as devidas adaptações, conforme previsão do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Art. 23. O Conselho Nacional de Justiça, por meio do Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF), dará suporte permanente às ações dos tribunais e de magistrados e magistradas no cumprimento desta Resolução.

Parágrafo único. O DMF elaborará, no prazo de até 180 (cento e oitenta) dias, Manual com Modelo Orientador CNJ voltado à orientação dos tribunais e magistrados quanto à implementação do disposto nesta Resolução.

Art. 24. Esta Resolução entra em vigor em 90 (noventa) dias após sua publicação.

Ministra **ROSA WEBER**



7. ANEXO 2 – *Lei 10.216/01 – Lei da Reforma da Assistência Psiquiátrica*



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

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

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

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

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

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

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

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

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

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

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de

alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 9.4.2001

*