

APLICAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO À LUZ DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL

APPLICATION OF THE SECURITY MEASURE OF CONFINEMENT UNDER THE LENS OF ANTI-INSTITUTIONAL POLICY IN BRAZIL

Isabella Sant'Ana Cardoso¹

RESUMO

O presente artigo analisa a aplicação da medida de segurança de internação sob a ótica da política antimanicomial brasileira, especialmente à luz da Lei nº 10.216/2001 e da Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). A pesquisa parte da constatação de que o modelo manicomial ainda persiste na execução penal psiquiátrica, resultando em violações sistemáticas de direitos humanos e em práticas de exclusão institucionalizada. A partir de uma abordagem teórico-crítica, com base na criminologia contemporânea e na reforma psiquiátrica, o trabalho discute a necessidade de superação do paradigma da periculosidade e de efetivação do cuidado em liberdade. São analisados o caso Ximenes Lopes, marco da condenação internacional do Brasil, e as experiências do Programa PAI-PJ e da CEMES, que ilustram alternativas concretas à institucionalização manicomial. Conclui-se que a medida de segurança deve ser aplicada com base em critérios clínicos atualizados, integrando a rede de atenção psicossocial e promovendo a desinstitucionalização como processo de garantia de direitos.

Palavras-chave: medida de segurança; política antimanicomial; desinstitucionalização; direitos humanos; saúde mental.

ABSTRACT

¹ Graduada em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC/MG). Assessora Judiciária no Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG). E-mail: isabella.santana.cardoso@gmail.com.

This article examines the application of custodial security measures in light of Brazil's anti-asylum policy, particularly considering Law nº. 10.216/2001 and National Council of Justice (CNJ) Resolution nº 487/2023. The research highlights that the asylum-based model still dominates psychiatric penal enforcement, leading to systemic human rights violations and institutionalized exclusion. Through a critical theoretical approach grounded in contemporary criminology and psychiatric reform, the study argues for the need to overcome the dangerousness paradigm and implement community-based mental health care. The analysis includes the Ximenes Lopes case, a landmark international condemnation of Brazil, and the PAI-PJ and CEMES programs, which offer concrete alternatives to institutionalization. It concludes that security measures must be applied based on updated clinical criteria, integrated with the psychosocial care network, and oriented toward deinstitutionalization as a guarantee of rights.

1. INTRODUÇÃO

A medida de segurança, prevista no Código Penal brasileiro para os inimputáveis e semi-imputáveis que cometem infrações penais, historicamente esteve atrelada à lógica manicomial, sustentada por um paradigma que segrega e marginaliza os sujeitos com transtornos mentais envolvidos com o sistema de justiça criminal. Essa tradição, profundamente enraizada na cultura punitivista e no modelo asilar de cuidado, opera sob o signo do estigma, tal como analisado por Goffman (2004, p. 4), ao tratar do processo de desqualificação da identidade social dos sujeitos considerados desviantes. A medida de segurança de internação, nesse contexto, revela-se não como um instrumento terapêutico, mas como um mecanismo de exclusão institucionalizada.

A promulgação da Lei nº 10.216/2001, marco da reforma psiquiátrica brasileira, inaugura uma nova racionalidade jurídica e sanitária, centrada na perspectiva biopsicossocial do cuidado, e no respeito à dignidade da pessoa humana. Referida norma estabelece que o tratamento da pessoa com sofrimento mental deve ocorrer, preferencialmente, em serviços comunitários e abertos, garantindo-se seus direitos fundamentais, especialmente o de ser cuidado no âmbito do sistema de saúde, e não no sistema penal. O art. 2º da referida lei explicita que "o paciente tem direito a ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de

saúde mental", o que implica necessariamente uma crítica à institucionalização manicomial e ao uso da internação como primeira ou única alternativa.

A política antimanicomial, cujas bases se consolidam na década de 1980, adquire contornos jurídicos a partir dessa lei e ganha impulso com a condenação do Brasil no caso *Ximenes Lopes vs. Brasil*, em 2006, pela Corte Interamericana de Direitos Humanos. Esse marco jurisprudencial denunciou as violações sistemáticas cometidas em hospitais psiquiátricos, evidenciando que o modelo asilar brasileiro desrespeita os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais. A decisão da Corte impulsionou o fortalecimento de práticas antimanicomiais e orientadas pela promoção da saúde integral e da cidadania.

Em consonância com essa transformação paradigmática, a Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) emerge como uma resposta institucional relevante no campo da jurisdição penal. Ela reafirma os princípios da política antimanicomial e estabelece diretrizes para a fiscalização judicial da execução das medidas de segurança, com foco na desinstitucionalização, ou seja, na superação da simples “desinternação” e na efetivação de políticas públicas que assegurem a reinserção social com suporte territorial. Nesse sentido, programas como o PAI-PJ (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário) e as CEMES (Central de Execução de Medidas de Segurança) do TJMG representam experiências concretas e exitosas de operacionalização dessa política, promovendo o cuidado integral em liberdade e articulado à rede de saúde mental, conforme diretrizes da Lei nº 10.216/2001 e do SUS.

Diante desse cenário, o presente artigo tem por objetivo analisar criticamente a aplicação da medida de segurança de internação sob o prisma da política antimanicomial, propondo uma releitura dessa prática à luz dos direitos fundamentais, da saúde coletiva e da criminologia crítica. A hipótese central é a de que a manutenção do modelo manicomial de execução penal psiquiátrica viola os fundamentos da reforma psiquiátrica e da própria Constituição Federal, sendo necessária sua substituição por modelos de cuidado em liberdade, que respeitem a subjetividade e a dignidade dos indivíduos em sofrimento psíquico.

2. A MEDIDA DE SEGURANÇA E O PARADIGMA MANICOMIAL

2.1. A lógica punitivo-manicomial e o modelo asilar

A medida de segurança de internação encontra previsão legal no art. 96, I, do Código Penal.

Historicamente, o modelo de execução das medidas de segurança no Brasil foi estruturado sob a égide da chamada “periculosidade” do louco infrator, o que justificava sua segregação em instituições psiquiátricas fechadas. Esse paradigma alicerçou-se numa visão biomédica reducionista da saúde mental, que identificava o transtorno psíquico como um perigo em potencial, legitimando a reclusão por tempo indeterminado.

A obra de Erving Goffman, “Manicômios, Prisões e Conventos” (1974), oferece uma visão sociológica privilegiada para compreender os mecanismos de poder, controle e despersonalização que operam no interior dessas instituições. O autor conceitua como instituições totais os espaços sociais onde um número significativo de indivíduos, afastado do convívio comunitário, vive sob administração burocrática centralizada, com rígida padronização de condutas, rotinas diárias e perda de autonomia individual (1974, p. 15-17).

Instituições psiquiátricas tradicionais, prisões e os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) se inserem nesse modelo, não apenas pelo seu formato físico, mas pela lógica disciplinar e pelas práticas sociais que os constituem, reproduziram ao longo das décadas o que Erving Goffman denominou de “instituições totais”: espaços sociais em que os internados perdem sua individualidade, sofrem um processo sistemático de mortificação do eu e são submetidos a rotinas regimentadas que os apartam do convívio social (1974, p. 15-22).

Nesse cenário, o manicômio não opera como espaço de cuidado, mas sim como mecanismo de controle e exclusão social, criando uma zona de interdição existencial, onde o estigma sobrepõe-se à subjetividade. O estigma, como propõe o próprio Goffman (2004, p. 4-5), funciona como um processo de deterioração da identidade social, reduzindo o indivíduo a seu atributo “desacreditável”, o que é particularmente visível na forma como os sujeitos com transtorno mental são tratados pelo sistema penal e pela sociedade em geral.

O processo institucional, nesse sentido, transforma o indivíduo em “interno”, “paciente”, “número”, apagando sua trajetória singular e anulando sua subjetividade. Essa despersonalização não decorre apenas do espaço físico em que o indivíduo é

colocado, mas da maneira como as instituições (médicas, jurídicas e policiais) constroem – e a sociedade sustenta – a categoria do “louco perigoso” ou do “inimputável irrecuperável”. O interno, assim, passa a ser definido pela sua periculosidade presumida e pela sua patologia, ambas encaradas como permanentes. Como consequência, impõe-se uma lógica de internação por tempo indeterminado, que opera não como forma de tratamento, mas como mecanismo de neutralização do outro.

Esse diagnóstico se coaduna com a realidade histórica brasileira. A prática manicomial, sobretudo a partir do século XIX, consolidou-se como dispositivo de contenção social de sujeitos considerados desviantes - não apenas por suas manifestações psíquicas, mas também por pertencerem a camadas marginalizadas da sociedade. A medida de segurança de internação, quando aplicada sem o devido rigor crítico e com base em conceitos fluidos de periculosidade, perpetua essa racionalidade excludente e patologizante, o que, infelizmente, se vê continuamente sendo realizado na prática jurídico-penal até os dias de hoje. Em realidade, a medida de segurança, prevista no art. 96 e seguintes do Código Penal, continua sendo aplicada com base em laudos psiquiátricos padronizados, muitas vezes desprovidos de análise interdisciplinar e desconectados dos recursos da rede de atenção psicossocial. Tal prática, além de incompatível com os preceitos da reforma psiquiátrica, reproduz a lógica das instituições totais descrita por Goffman: a internação como finalidade em si mesma, e não como etapa terapêutica transitória e excepcional.

2.2. Críticas ao modelo tradicional: estigmatização e exclusão social

A crítica ao paradigma manicomial parte do reconhecimento de que ele não atende aos princípios fundamentais da saúde mental, tampouco aos direitos humanos. A prática de recolher e internar, sem oferecer suporte psicossocial efetivo, reforça o isolamento e priva o sujeito de vínculos familiares, comunitários e afetivos, que são indispensáveis à sua recuperação.

Do ponto de vista jurídico, o modelo manicomial viola preceitos constitucionais como a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III), o direito à saúde (art. 6º), o devido processo legal (art. 5º, LIV) e a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (promulgada pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de

2009, e que ingressou em nosso ordenamento jurídico nos moldes do art. 5º, §3º, da CR/88, adquirindo, assim, status de emenda constitucional).

Nesse ponto, impende registrar que o art. 14 da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência prevê, expressamente, que o Estado deve assegurar que as pessoas com deficiência, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas: *“Não sejam privadas ilegal ou arbitrariamente de sua liberdade e que toda privação de liberdade esteja em conformidade com a lei, e **que a existência de deficiência não justifique a privação de liberdade.**”* (destaquei).

Além disso, o modelo manicomial contraria os compromissos internacionais assumidos pelo Brasil, como a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Pessoas com Deficiência (Convenção da Guatemala, de 1999, promulgada no Brasil pelo Decreto nº 3.956, de 08 de outubro de 2001) e a própria decisão da Corte Interamericana de Direitos Humanos no Caso Ximenes Lopes, que evidenciou o caráter violento e negligente dos manicômios brasileiros.

Nesse sentido, o reconhecimento da inadequação do modelo asilar e a transição para um paradigma de cuidado territorial e comunitário – conforme delineado pela Lei nº 10.216/2001 – é não apenas uma exigência ética, mas também uma imposição legal. A permanência da lógica manicomial nos dispositivos de execução penal representa um anacronismo que compromete a legitimidade do sistema de justiça.

3. A POLÍTICA ANTIMANICOMIAL E A PROTEÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS

3.1. A origem da política antimanicomial no Brasil

A política antimanicomial no Brasil emerge a partir do final da década de 1970, impulsionada por profissionais da saúde mental, movimentos sociais, familiares de usuários e intelectuais comprometidos com a crítica ao modelo asilar de tratamento. Inspirada nas experiências da reforma psiquiátrica italiana e nos fundamentos da atenção psicossocial, essa política denuncia o caráter opressor, violento e excludente dos manicômios, defendendo a substituição das internações prolongadas por estratégias de cuidado territorial, comunitário e interdisciplinar.

A partir desse movimento, a concepção de saúde mental passa a ser compreendida sob uma ótica biopsicossocial, que considera os sujeitos em sua integralidade e nas suas relações com o território, a cultura e os vínculos sociais. A crítica ao hospital psiquiátrico, enquanto instituição total – no sentido goffmaniano – ganha força na medida em que tais espaços promovem a ruptura do laço social e a destruição da identidade dos internados, muitas vezes de forma irreversível (GOFFMAN, 1974, p. 109-125).

3.2. O caso Ximenes Lopes e a condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos

Um dos marcos mais contundentes do reconhecimento internacional da ineficiência do modelo manicomial brasileiro foi à condenação do Brasil no caso Damião Ximenes Lopes vs. Brasil, em 2006, pela Corte Interamericana de Direitos Humanos. Trata-se do primeiro caso em que o Brasil foi responsabilizado internacionalmente por violação de direitos humanos relacionada à saúde mental. No julgamento, a Corte reconheceu a responsabilidade internacional do Estado brasileiro pela violação dos artigos 4º (direito à vida), 5º (integridade pessoal), 8º (garantias judiciais), 25 (proteção judicial) e 26 (direito à saúde) da Convenção Americana de Direitos Humanos, em decorrência da morte de Damião Ximenes Lopes, portador de sofrimento mental, em uma unidade psiquiátrica credenciada ao SUS, em Sobral/CE.

Damião Ximenes Lopes, jovem com sofrimento mental, foi internado em uma clínica psiquiátrica conveniada ao SUS no interior do Ceará, vindo a falecer três dias após sua internação, período em que foi submetido a condições desumanas e degradantes, sofrendo maus-tratos, negligência e agressões físicas.

A Corte também condenou o Estado brasileiro pela falta de investigação adequada, pela impunidade dos responsáveis e pela inércia estatal em supervisionar os estabelecimentos psiquiátricos. A sentença fixou como medida de garantia de não repetição o desenvolvimento de políticas públicas de formação e controle da saúde mental, além de ações para desinstitucionalização progressiva.

A decisão reforçou a urgência de implementar a reforma psiquiátrica e a política antimanicomial em sua integralidade, exigindo o controle social das instituições de saúde mental, a fiscalização das condições de internação e a

responsabilização do Estado por violações de direitos de pessoas com transtornos mentais.

A Lei nº 10.216/2001 e a Resolução CNJ nº 487/2023 vem, também, como uma resposta normativa aos compromissos assumidos pelo Brasil no plano internacional.

3.3. A Lei nº 10.216/2001: marco normativo da Reforma Psiquiátrica

A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, também conhecida como Lei Paulo Delgado, representa o marco jurídico da reforma psiquiátrica brasileira. Com inspiração na luta antimanicomial e no modelo italiano de Franco Basaglia², o objetivo primordial da lei é redirecionar o paradigma assistencial em saúde mental, estabelecendo a prioridade do tratamento em serviços comunitários e determinando que internações se deem apenas em caráter excepcional e pelo menor tempo possível.

Entre os princípios da lei, destaca-se a garantia do direito de ser cuidado em liberdade, com respeito à dignidade e aos direitos fundamentais da pessoa com transtorno mental. O artigo 2º da norma é categórico ao afirmar que o paciente tem direito à proteção contra qualquer forma de abuso ou violência (inciso III), ao acesso aos meios necessários para sua reabilitação, bem como à reinserção social por meio de serviços de saúde, educação e trabalho.

A lei impõe, ainda, o dever do Estado de desenvolver uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, serviços de saúde mental em hospitais gerais, entre outros. Essa estrutura é coerente com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), da universalidade e da integralidade do cuidado.

Esse novo paradigma, entretanto, enfrenta entraves relevantes no campo jurídico-penal, especialmente na persistência na escolha da medida de segurança

² “A reforma psiquiátrica no Brasil teve como base as ideias e práticas do psiquiatra italiano Franco Basaglia, que, na década de 1960, revolucionou as abordagens e terapias no tratamento de pessoas com transtornos mentais. Crítico da psiquiatria tradicional e da forma como operavam os hospícios, Basaglia desenvolveu nova abordagem terapêutica para doenças mentais, que tinha como objetivo central a reinserção do paciente na comunidade, em vez do isolamento em manicômios e do tratamento à base de fortes medicações, vigilância, choques elétricos e camisas de força.” (Rios, 2022).

de internação, **sem lastro terapêutico**, como medida preferencial a pessoas com sofrimento psíquico em conflito com a lei. Tal prática revela-se marcada por uma lógica tutelar e de contenção, na qual a aplicação da internação é realizada de forma automatizada e, por vezes, desproporcional, ignorando a necessidade de se avaliar alternativas possíveis em meio aberto, como prevê a própria legislação penal e de cuidados da saúde mental.

3.4. A perspectiva biopsicossocial no cuidado em saúde mental

A consolidação da política antimanicomial exige o abandono da visão reducionista do sofrimento psíquico e a adoção de uma abordagem biopsicossocial, que compreende a saúde mental como uma construção relacional, situada histórica e socialmente. Essa perspectiva entende que o cuidado não se resume ao tratamento farmacológico ou à contenção do sujeito, mas envolve ações intersetoriais, acolhimento, projeto terapêutico singular e fortalecimento de vínculos comunitários.

Nesse sentido, o processo de desinstitucionalização não pode ser confundido com a simples desinternação. Desinstitucionalizar implica romper com a lógica manicomial e assegurar o direito à convivência comunitária, ao cuidado em liberdade e à participação cidadã. Como apontam as diretrizes do Ministério da Saúde, a reinserção social deve ser acompanhada por uma rede articulada de serviços, que promova a autonomia, a corresponsabilidade e o protagonismo do sujeito em sofrimento psíquico.

Esse é o horizonte ético e normativo que deve orientar também a atuação do Poder Judiciário, especialmente no tocante às medidas de segurança. A análise da Resolução nº 487/2023 do CNJ, no capítulo seguinte, mostrará como esse paradigma vem sendo incorporado institucionalmente na execução penal brasileira.

4. A RESOLUÇÃO 487/2023 DO CNJ E A JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL

4.1. Pressupostos e diretrizes da Resolução 487/2023

A Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), representa um marco na incorporação, pelo Poder Judiciário, dos princípios da política antimanicomial e das diretrizes da Lei nº 10.216/2001 na execução das medidas de segurança. Inspirada na jurisprudência internacional e nas recomendações do próprio CNJ, a norma estabelece parâmetros técnicos e jurídicos para o tratamento das pessoas com sofrimento psíquico em conflito com a lei, reforçando o dever do Estado de garantir tratamento em liberdade, salvo absoluta necessidade de internação.

A Resolução prevê, entre outros aspectos: a criação de equipes interdisciplinares para auxiliar o juízo; o fomento a estratégias de desinstitucionalização; o controle rigoroso das condições das internações e a substituição do modelo manicomial por soluções baseadas na rede de atenção psicossocial. Trata-se, assim, de um importante instrumento de judicialização da política antimanicomial, convertendo princípios clínico-sanitários em normas de observância obrigatória para o Judiciário.

O art. 2º, inciso I, da Resolução 487 estabelece que deve ser observada a “preferência por medidas terapêuticas em meio aberto, com respeito à integralidade e singularidade da atenção e à inclusão social da pessoa com sofrimento psíquico”.

Além disso, o art. 3º reafirma o direito ao cuidado em liberdade, o respeito à autonomia e à dignidade da pessoa humana, e a vedação de práticas coercitivas que não estejam estritamente fundadas em critérios clínicos objetivos, nos moldes definidos na Lei nº 10.216/2001. A norma exige que as Equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas (EAPs) e os juízes observem os dispositivos legais e a articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como condição para a manutenção ou substituição da internação.

Ao estabelecer diretrizes para a atuação judicial em processos que envolvam pessoas com sofrimento psíquico, a norma busca superar práticas historicamente marcadas pelo isolamento, pela ausência de cuidado qualificado e pela institucionalização prolongada. Em especial, ela pretende conformar a aplicação das medidas de segurança aos parâmetros da Lei nº 10.216/2001, da Constituição Federal e dos tratados internacionais de direitos humanos.

Importa destacar que nos “considerandos iniciais” da Resolução, o CNJ expressamente menciona o caso *Ximenes Lopes vs. Brasil* como um dos marcos da formulação normativa, apontando que a condenação internacional do Estado

brasileiro pela Corte Interamericana de Direitos Humanos impôs a adoção de medidas estruturais de não-repetição, notadamente a superação da lógica manicomial no cuidado em saúde mental e no sistema de justiça penal (Resolução CNJ nº 487/2023).

A norma também se ancora na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, ratificada com força constitucional (CF/88, art. 5º, §3º), especialmente no que diz respeito à dignidade, autonomia e inclusão social das pessoas com deficiência psicossocial, bem como no Plano Nacional de Saúde Mental e nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

4.2. O papel do Poder Judiciário na concretização da política antimanicomial

A atuação do Poder Judiciário na execução das medidas de segurança tradicionalmente oscilou entre a omissão e o autoritarismo, frequentemente respaldando práticas que reproduzem o modelo punitivo-asilar. A Resolução nº 487 vem corrigir esse percurso, ao imputar à magistratura a responsabilidade de fiscalizar ativamente o cumprimento das normas legais e constitucionais sobre o cuidado em saúde mental, exigindo decisões baseadas em pareceres técnicos atualizados e sintonizadas com os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme já mencionado.

A Resolução nº 487/2023 redefine o papel do magistrado no tratamento jurídico das pessoas com sofrimento psíquico: não mais um aplicador cego de medidas tutelares e segregadoras, mas um agente garantidor dos direitos humanos, que deve atuar em articulação com os serviços de saúde, com as políticas públicas e com a sociedade civil.

Apesar de enfrentar severa resistência no campo prático e governamental, esse novo paradigma de atuação judicial, quando implementado, aponta resultados positivos e pode ser ilustrado por experiências concretas como a do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) e da Central de Execução de Medidas de Segurança (CEMES), ambos do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG). A criação da CEMES, centralizando a execução das medidas de segurança no Estado, é exemplo emblemático da tentativa de romper com a dispersão processual e com a perpetuação de internações ilegais, muitas vezes determinadas

sem respaldo clínico atual, conforme denunciado no mutirão realizado pelo PAI-PJ em 2020 no HCTP de Barbacena.

4.3. A Resolução como instrumento de superação do modelo manicomial

O relatório intitulado “Em nome da loucura” (2020), elaborado por uma força-tarefa do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, produzido pelo PAI-PJ, traz à tona um retrato contundente das violações estruturais e institucionais presentes no HCTP-Barbacena, constatando que os hospitais de custódia mantêm práticas que contrariam frontalmente os preceitos da Lei nº 10.216/2001.

O relatório apontou que grande parte dos internos do Hospital de Custódia de Barbacena/MG estava ali há mais de cinco anos, sem planos terapêuticos individualizados, sem acompanhamento da rede psicossocial externa e sem perspectiva de desinternação, mesmo quando não mais apresentavam periculosidade atual (p. 8-9 e 13-14).

Observou-se que, à época, 13 pacientes com alvará de soltura ou ordem de desinternação permaneciam segregados por ausência de políticas públicas adequadas de reinserção social e que outros 88 pacientes foram considerados aptos à desinternação e continuação do tratamento em meio aberto, evidenciando que a permanência no manicômio era, para a maioria, indevida e ilegal.

As condições estruturais do hospital também foram consideradas incompatíveis com os parâmetros mínimos de cuidado em saúde mental, com carência de equipe multiprofissional, ausência de protocolos de contenção, inexistência de plano terapêutico institucional e práticas degradantes de contenção e higiene.

O relatório demonstra que a lógica do sistema penal acaba prevalecendo sobre a política de saúde, com laudos meramente psiquiátricos sendo tomados como critério exclusivo de decisão judicial, sem considerar os princípios da reabilitação psicossocial ou o projeto terapêutico singular.

A Resolução 487/2023 é, nesse contexto, uma resposta necessária a esse quadro de violações, ao estabelecer que nenhuma internação pode ocorrer sem indicação clínica fundamentada e atualizada, exigindo a participação ativa das equipes da saúde mental na definição do plano terapêutico.

A exigência da articulação com a rede do SUS e com os serviços substitutivos – CAPS, Residências Terapêuticas, PAI-PJ e outros – constitui um verdadeiro ponto de inflexão no modelo de execução penal, deslocando o eixo do controle da periculosidade para o cuidado com dignidade. Com isso, o CNJ reconhece que a internação não pode se tornar um depósito de sujeitos, mas deve ser um espaço excepcional, terapêutico e transitório, sempre com vistas à reinserção comunitária.

5. MEDIDA DE SEGURANÇA E O DIREITO À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

5.1. Diferença entre desinternação e desinstitucionalização

Para possibilitar a implementação correta da política antimanicomial, necessário que seja promovida a desinstitucionalização da pessoa, e não a sua mera desinternação, situação com a qual, infelizmente, ainda nos deparamos rotineiramente na prática.

A desinstitucionalização não se resume ao simples ato de “soltar” o sujeito de um hospital psiquiátrico. Ela se configura como um processo político, social e clínico que implica a reconstrução de vínculos sociais, afetivos e territoriais, rompidos ou corroídos pela institucionalização prolongada. Conforme a Lei nº 10.216/2001, a internação deve ser exceção, e o cuidado em liberdade deve ser a regra. Em verdade, desinternar o indivíduo sem garantir a ele o suporte psicossocial adequado equivale a uma nova forma de negligência institucional.

Desinstitucionalizar, portanto, é garantir o direito de permanecer em liberdade com suporte clínico e social adequados, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A lógica do cuidado territorial exige articulação intersetorial entre saúde, assistência social, moradia, cultura e trabalho, e só é possível quando o sujeito é reconhecido como portador de direitos, e não apenas como objeto de gestão da periculosidade.

5.2. Direitos do paciente submetido à medida de segurança – art. 2º da Lei 10.216/2001

O art. 2º da Lei nº 10.216/2001 assegura uma série de direitos fundamentais às pessoas em sofrimento psíquico, incluindo: acesso ao melhor tratamento do

sistema de saúde, ser tratada com humanidade e respeito, receber informações sobre seu tratamento, ter sua reinserção social promovida por meio de políticas públicas de educação, trabalho e convivência comunitária, além de ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Esses direitos têm força vinculante sobre as decisões judiciais que determinam ou mantêm medidas de segurança. Ignorá-los, como acontece na prática cotidiana de muitos tribunais, é transgredir normas de proteção de direitos humanos e contribuir para a violação sistemática da dignidade da pessoa humana. O prolongamento indevido da internação, em especial quando não há mais critérios clínicos para sua manutenção, configura violação à legislação nacional e aos tratados internacionais de que o Brasil é signatário.

5.3. Reinserção psicossocial: programas PAI-PJ, CEMES e a rede de atenção psicossocial

A superação do modelo manicomial exige a criação de estruturas institucionais e jurídicas que garantam a efetividade do tratamento em liberdade. É nesse contexto que se destacam o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) e a Central de Execução de Medidas de Segurança (CEMES), ambos sob responsabilidade do Tribunal de Justiça de Minas Gerais.

Criado em 2000, o PAI-PJ é um programa de atenção territorial voltado à ressocialização e acompanhamento clínico-psicossocial dos pacientes submetidos a medida de segurança. Inspirado nos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, o programa opera com uma rede de núcleos regionais articulados à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), desenvolvendo projetos terapêuticos singulares e integrando-se às equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs).

A atuação do PAI-PJ foi fundamental na interdição parcial do Hospital de Custódia de Barbacena, como relatado no documento “Em nome da loucura” (2020). Conforme destacado, a partir de mutirões psicossociais realizados entre setembro e outubro de 2020, constatou-se que 88 pacientes estavam internados sem necessidade clínica, sendo recomendada sua desinstitucionalização imediata. Além disso, 13 pacientes já possuíam alvará de soltura, mas permaneciam segregados por ausência de políticas públicas habitacionais.

A partir dessas constatações e da mobilização institucional gerada, foi criada, em 2022, a CEMES – Central de Execução de Medidas de Segurança, com o objetivo de centralizar a tramitação dos processos de execução de medidas de segurança no Estado, permitindo uma gestão mais eficaz, humanizada e padronizada das decisões judiciais, sempre em articulação com os princípios da Lei nº 10.216/2001 e com os serviços substitutivos da RAPS.

A CEMES representa um novo modelo de jurisdição penal psiquiátrica, em que o juiz, assessorado por equipe multidisciplinar e por redes locais de cuidado, passa a tomar decisões em tempo real e com base em dados atualizados sobre a situação clínica, social e jurídica do paciente. Com isso, evita-se o prolongamento desnecessário da internação e fortalece-se a lógica do cuidado em liberdade, promovendo a efetiva desinstitucionalização.

5.4. Desafios práticos e estruturais para a implementação da política antimanicomial

Apesar dos avanços normativos e institucionais, a consolidação da política antimanicomial no campo da execução penal ainda enfrenta sérios desafios. Entre eles, destacam-se: a escassez de serviços substitutivos em muitos municípios, a resistência de setores do Judiciário à aplicação da Lei nº 10.216/2001, a ausência de formação contínua de magistrados e servidores na temática da saúde mental e a persistência de concepções estigmatizantes sobre a loucura.

Muitos magistrados ainda se sentem inseguros quanto à articulação com a rede psicossocial, ou mantêm medidas de segurança com base exclusivamente em laudos psiquiátricos padronizados, sem reavaliações periódicas ou plano terapêutico singular. Extraí-se da análise do relatório “Em nome da loucura” (2020, p. 14-16) que, até 2020, diversos internos permaneciam nos Hospitais de Custódia por mais de uma década, mesmo com laudos que atestavam ausência de periculosidade atual.

O modelo manicomial resiste não apenas por força de sua estrutura física, mas também por seu enraizamento cultural e simbólico, como bem indica Goffman (2004, p. 129), ao tratar da “carreira moral do doente mental” nas instituições totais. Superá-lo exige não apenas mudanças legais, mas um trabalho permanente de

formação, sensibilização e articulação entre o sistema de justiça e as políticas públicas de saúde e assistência.

Essa nova posição exige formação técnica, compromisso ético e sensibilidade para reconhecer que o sofrimento psíquico não pode ser manejado como risco criminal presumido, mas sim como condição que demanda atenção integral, proteção social e afirmação de direitos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação da medida de segurança de internação, tal como tradicionalmente concebida e executada no Brasil, está em profunda dissonância com os princípios constitucionais, com os direitos humanos e com a política nacional de saúde mental instituída pela Lei nº 10.216/2001. O presente artigo demonstra que a permanência do modelo manicomial no campo da jurisdição penal psiquiátrica não é apenas anacrônica, mas também juridicamente insustentável e clinicamente contraproducente.

A perspectiva biopsicossocial do cuidado, consolidada a partir da reforma psiquiátrica e reforçada por marcos normativos como a referida lei, a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e a Resolução nº 487/2023 do CNJ, exige a substituição do paradigma do confinamento pela do cuidado em liberdade com suporte territorial. Nesse modelo, a desinstitucionalização não pode ser confundida com a simples desinternação: trata-se de um processo contínuo, que envolve reconstrução de vínculos, elaboração subjetiva, acesso a políticas públicas e efetivação de direitos.

O Relatório “Em nome da loucura” e o trágico precedente do caso Ximenes Lopes demonstram as consequências da omissão estatal e da violação sistemática de garantias fundamentais: vidas interrompidas, sofrimento institucionalizado e perpetuação da impunidade. Esses exemplos, longe de constituírem meros registros administrativos ou decisões isoladas, devem ser compreendidos como alertas éticos e jurídicos ao Poder Judiciário brasileiro.

A experiência concreta do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Barbacena, revelada pelo relatório “Em nome da loucura” (2020), expõe as contradições entre o discurso legal e a realidade das internações judiciais. Ali, mesmo após a cessação da periculosidade, pacientes permaneceram encarcerados

por falta de políticas de suporte à liberdade. As condições estruturais e assistenciais do hospital, conforme demonstrado, configuram afronta aos direitos mais elementares da dignidade humana, reiterando a urgência da superação do modelo asilar.

Por outro lado, a atuação institucional do TJMG, por meio do PAI-PJ e da recente criação da CEMES, oferece exemplos potentes, palpáveis e realistas de como é possível judicializar a política antimanicomial de maneira garantista, eficiente e humanizada. A centralização da execução das medidas de segurança, aliada ao acompanhamento psicossocial em rede, permite decisões mais justas, atualizadas e alinhadas com a legislação vigente.

Conclui-se, portanto, que a medida de segurança de internação (chamada internação compulsória), deve ser aplicada com parcimônia, apenas em situações de efetiva necessidade clínica, priorizando-se na sua execução a liberdade assistida e a articulação com a rede de atenção psicossocial. A lógica da punição, do confinamento e da exclusão deve dar lugar à lógica do cuidado, da singularidade e da cidadania. Para tanto, é necessário que magistrados, promotores, defensores, profissionais da saúde e da assistência social atuem em conjunto, em prol de uma justiça penal que seja, de fato, democrática, emancipadora e comprometida com os direitos fundamentais de todas as pessoas – inclusive aquelas em sofrimento psíquico. O desafio é não apenas assegurar o cumprimento da lei, mas romper com o ciclo da exclusão, afirmando a justiça também como instância de cuidado, liberdade e reparação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. *Código Penal*. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 20 abr. 2025.

BRASIL. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 20 abr. 2025.

BRASIL. *Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009*. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 20 abr. 2025.

BRISSET, F. O. B. *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Belo Horizonte: TJMG, 2010. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=3050488>. Acesso em: 20 abr. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023*. Estabelece diretrizes para fiscalização das medidas de segurança. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4911>. Acesso em: 20 abr. 2025.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*. 04 de julho de 2006. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf. Acesso em: 10 maio 2025.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2004.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. *Relatório “Em nome da loucura”: dos estudos psicossociais dos pacientes internos e das suas condições de tratamento no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Barbacena I – Jorge Vaz*. Belo Horizonte: TJMG, 2020.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. *Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ)*. Disponível em: <https://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/hotsites/relatorio-de-gestao-2018-a-2020/programa-pai-pj.htm>. Acesso em: 21 abr. 2025.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. *Central de Execução de Medidas de Segurança (CEMES)*. Disponível em: <https://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/informes/central-de-execucao-de-medidas-de-seguranca-4-0-cemes.htm>. Acesso em: 21 abr. 2025.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. *Portaria Conjunta nº 1.339/PR/2022. Institui a Central de Execução de Medidas de Segurança (CEMES)*. Disponível em: <https://www.tjmg.jus.br/data/files/52/52/03/66/83C2F710C76822F76ECB08A8/PORTARIA%20CONJUNTA%20N%201.339PR2022.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2025.

RIOS, Silvério. *Lei da reforma psiquiátrica completa 21 anos em meio a avanços e desafios*. Agência Câmara de Notícias, 2002. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/868531-lei-da-reforma-psiquiatrica-completa-21-anos-em-meio-a-avancos-e-desafios/#:~:text=A%20reforma%20psiqui%C3%A1trica%20no%20Brasil,de%20pessoas%20com%20transtornos%20mentais>. Acesso em: 10 maio 2025.