

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
FACULDADE DE DIREITO – FADIR

RAISSA BERGAMASCHI LOPES

SAÚDE MENTAL E CRIMINALIDADE:  
ANÁLISE SOBRE O FECHAMENTO DOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS NO BRASIL

CAMPO GRANDE – MS

2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
FACULDADE DE DIREITO – FADIR

RAISSA BERGAMASCHI LOPES

Saúde Mental e Criminalidade:  
análise sobre o fechamento dos manicômios judiciários no Brasil

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Direito da Faculdade de Direito da  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul,  
como requisito parcial para obtenção do grau de  
Bacharel em Direito, sob orientação da Professora  
Doutora Andréa Flores.

CAMPO GRANDE-MS

2025

A Deus e à Nossa Senhora, que até aqui me sustentaram.

Aos meus pais, Ricardo e Lenir, que me presentearam com a dádiva da vida e a mim dedicaram as suas, caminhando descalços pelo deserto para que eu pudesse repousar em sombra e água fresca.

À minha avó Daisy, minha inspiração de força e sabedoria, que me enveredou aos livros e à sede do saber quando eu ainda sequer sabia ler.

À minha irmã caçula, Letícia, a quem almejo servir de exemplo e sonho em vê-la voar.

Ao meu amor, Nicolle, por acreditar em mim quando eu mesma duvidei e pelo apoio, incentivo e amor incondicionais.

Ao meu avô Valfrido, minha estrela mais brilhante no céu, cuja luz irradia lá do alto e reflete em cada letra deste trabalho.

## AGRADECIMENTOS

À professora Andréa Flores, a quem muito admiro, pelos brilhantes ensinamentos em sala de aula e por prontamente aceitar meu convite para orientar este trabalho, trazendo consigo o peso de toda uma carreira extraordinária no ramo penal.

À professora Marysuze, que lapidou meu talento à escrita e me preparou para este momento, tendo sido a primeira pessoa a me dizer, assertivamente, que o Direito era o meu lugar.

À Stephanie, minha grande amiga, pelas inúmeras conversas profundas sobre a vida, pelos conselhos e por sempre me estender a mão e me impulsionar a ser cada vez melhor.

A linha entre a loucura e a maldade é tão tênue quanto a linha entre a justiça e o abandono.

## RESUMO

Esta monografia investiga a delicada intersecção entre saúde mental e criminalidade, com enfoque crítico sobre a proposta de fechamento dos manicômios judiciários no Brasil, conforme previsto na Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Embora os discursos antimanicomiais estejam fundados em garantias fundamentais e princípios de dignidade da pessoa humana, argumenta-se que o encerramento indiscriminado dessas instituições, sem substituição por estruturas equivalentes em segurança e capacidade técnica, representa um retrocesso. A medida desconsidera o grau de periculosidade de parte dos indivíduos inimputáveis e transfere, de forma dissimulada, a responsabilidade estatal à rede de saúde comunitária, especialmente aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que não têm estrutura para absorver tais demandas. Ao longo do trabalho, conclui-se que os hospitais de custódia devem ser reformados, fiscalizados e adaptados a uma perspectiva terapêutica, sem perder de vista a proteção da sociedade. A monografia sustenta, com base doutrinária, legislativa e empírica, que nem todo criminoso com transtorno mental pode ser reintegrado socialmente, sobretudo diante da ausência de políticas públicas efetivas.

Palavras-chave: Saúde mental. Manicômios judiciários. Periculosidade. Responsabilidade estatal. Resolução 487/2023 do CNJ.

## ABSTRACT

This thesis investigates the sensitive intersection between mental health and criminality, with a critical focus on the closure of forensic psychiatric hospitals in Brazil, as proposed by Resolution No. 487/2023 of the National Council of Justice. Although anti-asylum discourses are rooted in fundamental rights and the dignity of the human person, it is argued that the indiscriminate closure of these institutions, without replacing them with facilities that match their security and technical capabilities, represents a regression. The measure overlooks the degree of dangerousness of some non-imputable individuals and covertly shifts State responsibility to the community health system, especially to the Psychosocial Care Centers (CAPS), which lack the capacity to absorb such demands. The work concludes that custody hospitals should be reformed, monitored and restructured from a therapeutic perspective, without disregarding public protection. The thesis argues—based on doctrinal, legislative and empirical grounds—that not all mentally disordered offenders can be reintegrated into society, particularly in the absence of effective public policy.

Keywords: Mental health. Forensic psychiatric hospitals. Dangerousness. State responsibility. CNJ Resolution 487/2023.

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | 11 |
| <b>2 ANÁLISE HISTÓRICA SOBRE O SURGIMENTO DAS “CASAS DOS LOUCOS”</b> .....                    | 13 |
| 2.1 Marcos temporais no tratamento de criminosos insanos .....                                | 13 |
| 2.2 História e evolução dos manicômios judiciários no Brasil.....                             | 17 |
| 2.3 Reflexões sobre a psiquiatria forense ao longo do tempo .....                             | 20 |
| 2.4 Principais marcos históricos e legislações relevantes.....                                | 23 |
| <b>3 VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS</b> .....  | 26 |
| 3.1 Condições estruturais e tratamento dos internos .....                                     | 26 |
| 3.1.1 Violações de direitos humanos nos manicômios judiciários .....                          | 28 |
| 3.1.2 Violações de direitos com a desinstitucionalização indiscriminada .....                 | 31 |
| 3.2 Avanços legislativos e normativos no Brasil .....   | 31 |
| 3.2.1 A responsabilidade do Estado diante das omissões institucionais .....                   | 32 |
| <b>4 RELAÇÃO ENTRE SAÚDE MENTAL E CRIMINALIDADE</b> .....                                     | 34 |
| 4.1 Aspectos criminológicos e psicológicos .....  | 34 |
| 4.1.1 Conceito jurídico de periculosidade .....   | 35 |
| 4.1.2 Perfis psicológicos de indivíduos criminosos com transtornos mentais.....               | 37 |
| 4.1.3 Relação entre transtornos mentais e tipos de crimes .....                               | 39 |
| <b>5 DA INIMPUTABILIDADE NO CÓDIGO PENAL</b> .....  | 40 |
| 5.1 Conceitos e critérios de inimputabilidade .....   | 40 |
| 5.2 Medidas de segurança previstas nos Códigos Penal e de Processo Penal .....                | 42 |
| 5.2.1 O papel do perito psiquiátrico na manutenção ou cessação das medidas de segurança ..... | 43 |
| <b>6 JUSTIFICATIVAS PARA O NÃO FECHAMENTO E ALTERNATIVAS AOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS</b> ..... | 46 |

|  |           |
|--|-----------|
| 6.1 A insuficiência da Rede de Atenção Psicossocial para atender indivíduos com transtornos mentais graves .....   | 46        |
| 6.2 O risco de reincidência e de responsabilização judicial .....  | 47        |
| 6.2.1 A omissão do Estado perante a complexidade dos casos.....  | 49        |
| 6.2.2 A omissão do Estado na implementação de políticas públicas integradas de saúde mental forense.....           | 50        |
| 6.3 Experiências internacionais no fechamento dos manicômios judiciários .....                                     | 52        |
| 6.3.1 Modelos adotados por países desenvolvidos .....  | 54        |
| 6.3.2 Desafios enfrentados no processo de transição .....  | 55        |
| 6.4 A importância de uma política de reforma e não de extinção.....  | 56        |
| <b>7 IMPACTOS DO FECHAMENTO DOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS.....</b>  | <b>57</b> |
| 7.1 O processo de reintegração social do sujeito considerado inimputável .....                                     | 57        |
| 7.1.1 A vulnerabilidade do sistema de justiça criminal diante da falta de estruturas adequadas.....                | 58        |
| 7.1.2 Os efeitos da medida sobre o sistema carcerário comum.....   | 60        |
| 7.1.3 A judicialização da saúde mental como reflexo da ausência de políticas públicas eficazes .....               | 61        |
| 7.2 Efeito do fechamento nas reincidências violentas cometidas por inimputáveis e a responsabilidade estatal ..... | 62        |
| 7.2.1 Estudos comparativos sobre a desinstitucionalização .....  | 64        |
| 7.3 Impactos na segurança pública e no sistema prisional .....   | 65        |
| 7.3.1 As vítimas de criminosos com transtornos mentais como uma questão de saúde e segurança públicas .....        | 67        |
| 7.3.2 O direito à proteção da sociedade como limitador à desinstitucionalização .....                              | 68        |
| 7.4 Análise financeira do fechamento.....  | 70        |
| 7.4.1 Perspectiva financeira de longo prazo .....  | 71        |
| <b>8 PERSPECTIVAS FUTURAS PARA O SISTEMA PENITENCIÁRIO E DE SAÚDE MENTAL.....</b>                                  | <b>72</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| 8.1 O fechamento dos manicômios judiciários à luz da Resolução 487/2023 .....                         | 72        |
| 8.2 O desafio da criação de unidades alternativas para o cumprimento de medidas de<br>segurança ..... | 73        |
| <b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>  | <b>76</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>78</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde mental, por muito tempo negligenciada nas discussões jurídicas e sociais, adquiriu centralidade no debate contemporâneo sobre o sistema penal brasileiro. A promulgação da Lei nº 10.216 de seis de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, marcou a transição de um modelo asilar excludente para uma rede comunitária de atenção psicossocial. No entanto, quando o sujeito com transtorno mental comete um crime e é considerado inimputável, o dilema se intensifica, pois levanta o questionamento se deve ser tratado como paciente ou como ameaça à ordem pública.

A recente Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) reacendeu esse debate ao estabelecer o fechamento de todos os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (os chamados manicômios judiciários) no prazo de 12 meses. Em seu lugar, a medida propõe a integração dos pacientes inimputáveis à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com o objetivo de romper com a lógica manicomial. A decisão, porém, foi recebida com preocupações por profissionais da saúde, do direito e da segurança pública, especialmente diante da fragilidade estrutural da rede substitutiva. Assim, o objetivo desta monografia é examinar, à luz da história, da legislação, da psiquiatria forense e da realidade brasileira, os riscos e equívocos de uma desinstitucionalização apressada. A partir da análise de casos concretos, dados técnicos e literatura especializada, defende-se que os manicômios judiciários não devem ser extintos, mas sim reformulados – com foco em sua função terapêutica, respeito aos direitos humanos e eficiência jurídica.

A presente monografia tem como objetivo analisar os impactos jurídicos, sociais e práticos dessa proposta, sob a ótica dos direitos humanos, da criminologia crítica e da psiquiatria forense. Parte-se do pressuposto de que o fechamento abrupto dos hospitais de custódia, sem que haja estruturas intermediárias e recursos suficientes, não atende aos princípios de proteção social nem ao direito à saúde integral. Argumenta-se, portanto, que a alternativa mais responsável seria a reforma dessas instituições, transformando-as em unidades terapêuticas fiscalizadas, adaptadas ao paradigma de dignidade sem renunciar à segurança coletiva.

O trabalho está dividido em nove capítulos. O primeiro capítulo corresponde a esta introdução, em que foram apresentados os objetivos, a justificativa, a metodologia e a estrutura geral da pesquisa. O segundo capítulo desenvolve uma análise histórica sobre o surgimento das denominadas “casas dos loucos”, abordando os marcos temporais do tratamento de criminosos insanos, a evolução dos manicômios judiciários no Brasil, a psiquiatria forense e os principais

marcos legais. O terceiro capítulo trata das violações de direitos humanos nas instituições de custódia e no processo de desinstitucionalização, além dos avanços legislativos e da responsabilidade do Estado pelas omissões institucionais. O quarto capítulo examina a relação entre saúde mental e criminalidade, explorando conceitos de periculosidade, perfis psicológicos e os tipos de crimes mais frequentes entre indivíduos com transtornos mentais.

O quinto capítulo aborda a inimputabilidade penal, os critérios legais para sua caracterização, as medidas de segurança previstas na legislação e o papel do perito psiquiátrico. O sexto capítulo apresenta argumentos contrários ao fechamento puro e simples dos manicômios judiciários, com base nos riscos de reincidência, omissão estatal, experiências internacionais e a proposta de uma reforma institucional. O sétimo capítulo analisa os impactos práticos do fechamento dessas instituições, como as dificuldades na reintegração social, o aumento da sobrecarga no sistema prisional, os efeitos na segurança pública e os custos envolvidos. O oitavo capítulo propõe perspectivas futuras para o sistema penitenciário e de saúde mental, com foco na Resolução nº 487/2023 do CNJ e nos desafios da criação de alternativas eficazes para o cumprimento das medidas de segurança. Por fim, o nono capítulo apresenta as considerações finais da pesquisa.

## 2 ANÁLISE HISTÓRICA SOBRE O SURGIMENTO DAS “CASAS DOS LOUCOS”

### 2.1 Marcos temporais no tratamento de criminosos insanos

Nos tempos mais remotos da civilização humana, a noção de insanidade não era bem desenvolvida e inexistia um conceito concreto de responsabilidade penal, de modo que indivíduos considerados insanos eram frequentemente excluídos da vida pública e confinados nas outrora rotuladas “casas dos loucos”. Essa marginalização foi abordada sob um panorama histórico-cultural pelo filósofo e historiador Michel Foucault, em sua obra “A História da Loucura”, publicada no ano de 1961, descrevendo que: "Na Idade Média, o louco era ainda uma espécie de bastardo do mundo, não um homem totalmente excluído, mas um ser à margem da cidade e da civilização” (FOUCAULT, 1972, p. 111).

O surgimento das chamadas “casas dos loucos” está intimamente relacionado à formação de um modelo de controle social que antecede, inclusive, o surgimento do Estado Moderno. A sociedade ocidental estruturou suas relações com a loucura a partir da exclusão e da marginalização, não como uma falha biológica, mas como uma transgressão moral e social. Os loucos, então, eram não apenas desajustados – eram desviantes, perigosos à ordem e à racionalidade emergente no pensamento moderno.

Na Grécia Antiga, Aristóteles foi pioneiro em versar acerca de vários aspectos da psicologia e da ética, cujas ideias contribuíram para uma maior compreensão da responsabilidade moral e legal. Em “Ética a Nicômaco”, *magnum opus* aristotélica, o filósofo propõe que o comportamento moralmente correto envolve a harmonia entre os sentimentos e a capacidade racional de julgamento. Precursor da “Teoria da Ação Voluntária”, Aristóteles fez uma importante distinção entre as ações voluntária e involuntária, defendendo que, para ser responsável por um dado comportamento, o sujeito deve ter consciência e controle de seus atos.

À vista disso, o direito romano, desenvolvido na Roma Antiga e marcadamente fundamentado nos ideais aristotélicos, começou a dar forma ao conceito de “defesa por insanidade” (insanity defense), reconhecendo que a sanidade mental exercia influência na culpabilidade. Ainda assim, no entanto, os sistemas judiciais que se seguiram, vide o período da Idade Média, não possuíam uma abordagem sistemática para lidar com criminosos insanos, muitas vezes considerados como heréticos ou possuídos por forças sobrenaturais, permanecendo marginalizados da sociedade.

O psicólogo americano Stanton Samenow, ao estudar o pensamento criminal, afirma que a tendência de isolar pessoas consideradas “perigosas” revela mais sobre o medo coletivo do que sobre a real compreensão de seus comportamentos. Segundo ele, “há um impulso

humano de controlar aquilo que não entendemos, e o louco, como o criminoso, encarna o enigma que desejamos afastar da convivência social” (SAMENOW, 2004, p. 31). A insanidade, portanto, serve como rótulo para justificar a segregação, muitas vezes baseada em estigmas e preconceitos, e não em análises objetivas da conduta.

Foi somente com o surgimento do Renascimento, no século XVI, cuja principal característica era o antropocentrismo, ou seja, o homem no centro do universo em detrimento à religião, que houve um interesse maior pela ciência e medicina. Essa transição da Baixa Idade Média para a Modernidade influenciou uma nova perspectiva sobre a questão da insanidade, sobremaneira pela “Lei da Insanidade”, de 1800, na Inglaterra, que foi um marco importante na evolução do tratamento jurídico para criminosos insanos. Essa legislação estabeleceu precedentes fundamentais para o reconhecimento e tratamento da insanidade, os quais ainda influenciam o direito penal contemporâneo.

Com a consolidação do Estado Moderno, o poder público assumiu o monopólio do confinamento. E, a partir do momento em que o poder psiquiátrico se aliou ao sistema jurídico, o discurso da loucura passou a ser mediado por laudos, perícias e pareceres médicos. Essa união entre ciência e justiça foi o primeiro passo para o surgimento de figuras híbridas, que hoje são conhecidas como inimputáveis, ou seja, pessoas cuja condição mental retira-lhes a culpabilidade, mas não as afasta do controle penal.

A partir do século XVII, o surgimento dos grandes internamentos na Europa consolidou o isolamento dos indivíduos considerados “loucos” em instituições que, na prática, funcionavam como prisões moralizantes. Foucault, ao analisar o papel dessas estruturas, sustenta que a sociedade moderna passou a “relegar a loucura a um espaço à parte, criando a ilusão de que a razão triunfava sobre o desvio” (FOUCAULT, 1972, p. 144). Esse confinamento não distinguia o criminoso do mendigo, do doente ou do herege: todos eram reduzidos à figura do marginal social.

A percepção medieval do louco como figura marginal, mas ainda do tecido social, começou a mudar radicalmente com o advento da modernidade. Foucault ainda destaca que, a partir do Grande Internamento, ocorrido no século XVII, a sociedade ocidental passou a criar verdadeiros espaços de exclusão para aqueles que não se adequavam à norma – e, entre eles, os insanos ocupavam posição central. “A loucura deixa de ser uma diferença e passa a ser uma ameaça” (FOUCAULT, 1972, p. 59). A nova racionalidade burguesa, que busca ordem e previsibilidade, não tolera desvios, e a loucura passa a ser encarada não mais como

manifestação do sagrado ou do demoníaco, mas como falha da razão, ou seja, algo a ser neutralizado.

Além disso, o medo social da loucura se intensifica com o crescimento das cidades e o avanço da ciência. Nesse contexto, os discursos médicos ganham força como forma de legitimar intervenções cada vez mais invasivas. O saber psiquiátrico passa a ser invocado como tecnologia de controle e exclusão, e não necessariamente como meio de tratamento. Como afirma Foucault, “o médico não cura o louco: ele o classifica, o normaliza, o reintegra à ordem por meio da exclusão disciplinar” (FOUCAULT, 1972, p. 72).

Com a consolidação do Estado Moderno, o poder público assumiu o monopólio do confinamento. E, a partir do momento em que o poder psiquiátrico se aliou ao sistema jurídico, o discurso da loucura passou a ser mediado por laudos, perícias e pareceres médicos. Essa união entre ciência e justiça foi o primeiro passo para o surgimento de figuras híbridas, que hoje são conhecidas como inimputáveis, ou seja, pessoas cuja condição mental retira-lhes a culpabilidade, mas não as afasta do controle penal.

É nesse contexto que nasce a lógica da contenção como forma de tratamento. Segundo Ilana Casoy, criminóloga e escritora brasileira, o “louco sempre foi, antes de tudo, um incômodo social”, sendo frequentemente encarcerado por ser diferente, e não necessariamente perigoso (CASOY, 2008, p. 23). Essa percepção ainda persiste, em certo grau, nas práticas contemporâneas, em que se busca afastar da convivência pública indivíduos que representam algum tipo de ruptura com o ideal de normalidade.

É importante destacar, também, que essa marginalização dos ditos “loucos” não se limitava à Europa. De acordo com o psiquiatra Michael H. Stone (2018), a ideia de que alguns indivíduos apresentam traços irrecuperáveis está presente em diversas tradições penais, sendo comum a criação de estruturas de longa permanência destinadas à sua segregação. No Brasil, essa herança se manifestaria com força nas primeiras casas de alienados e, posteriormente, nos hospitais de custódia.

Essa nova lógica de contenção moral evoluiu para práticas institucionais de enclausuramento, sobretudo a partir do século XVII, quando surgiram na Europa os primeiros grandes hospícios, locais que misturavam pobres, prostitutas, alcoólatras e doentes mentais. Tais instituições não visavam a cura ou o tratamento humanitário, mas sim o isolamento sistemático do que se considerava “desvio”. Eram, portanto, espaços de punição disfarçados de cuidado, como aponta Foucault.

O modelo europeu de contenção da loucura se espalhou para as colônias, incluindo o Brasil, onde encontrou solo fértil para se aliar a práticas higienistas, racistas e eugenistas. A exclusão do “anormal” era parte de um projeto de nação, em que o louco ocupava lugar marginal, junto a criminosos, pobres e negros. A psiquiatria, nesse contexto, foi utilizada não somente como ciência da mente, mas como tecnologia de poder.

Com a Revolução Francesa e o Iluminismo, a ideia de razão e progresso contribuiu para a medicalização da loucura. Philippe Pinel, considerado um dos fundadores da psiquiatria moderna, rompeu simbolicamente com o modelo de enclausuramento, libertando os loucos das correntes. Contudo, essa libertação simbólica não se traduziu em liberdade real: os manicômios permaneceram como instrumentos de dominação, ainda que com um discurso renovado de “cura”.

A aliança entre psiquiatria e poder estatal contribuiu para a constituição de um modelo de exclusão racionalizado e institucionalizado. Ilana Casoy observa que essa medicalização da exclusão permitiu legitimar práticas autoritárias, sob o véu do cuidado e da ciência. “O louco, sobretudo o perigoso, passou a ocupar o espaço do medo social. Sua contenção era aceita, mesmo que em condições precárias, porque oferecia uma falsa sensação de segurança” (CASOY, 2008, p. 47). A psiquiatria, nesse ponto, não era apenas uma ciência clínica, mas também uma ferramenta de ordenamento social, moldando a forma como o Estado lidava com o desvio.

A construção do “louco perigoso” enquanto inimigo da ordem pública permitiu que o saber médico se articulasse com o jurídico, criando a figura do “louco infrator” – alguém que, embora doente, precisava ser isolado. Essa fusão conceitual abriu espaço para o surgimento de instituições específicas de custódia, como os manicômios judiciários, que viriam representar um elo entre o hospital e o presídio, reproduzindo o pior dos dois mundos: o isolamento punitivo travestido de assistência.

O início do século XIX, por sua vez, ficou marcado por reformas significativas nas já existentes instituições dedicadas ao tratamento de doenças mentais e pelo surgimento de outras novas, como o Hospital de Salpêtrière, fundado em Paris no ano de 1656, que passou por um processo de modernização de suas práticas médicas, e, nos Estados Unidos, a construção de seus próprios asilos baseados nas ideias europeias, sendo pioneiros o Blackwell's Island Asylum, em Nova Iorque, e o McLean Hospital, em Massachusetts. No Brasil, sob o Império de Dom Pedro II, a primeira instituição psiquiátrica foi instituída pelo Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841, apelidada de “Hospício de Pedro II”.

A partir da fundação do Hospício de Pedro II, o Brasil iniciou sua própria trajetória institucional no trato com a loucura. Contudo, esse processo foi fortemente marcado por valores morais e práticas de exclusão. Como salienta Foucault, “o hospício é, antes de tudo, uma instituição moral; nele se julga a conduta, mais do que se trata a enfermidade” (FOUCAULT, 1972, p. 163). Isso ajuda a entender por que, durante séculos, os hospitais psiquiátricos, e posteriormente os manicômios judiciários, funcionaram como locais de controle social mais do que de recuperação efetiva.

## 2.2 História e evolução dos manicômios judiciários no Brasil

No Brasil, a psiquiatria se desenvolveu de forma marcada por influências coloniais, racismo estrutural e desprezo pelas camadas marginalizadas da população. Inaugurado em cinco de dezembro de 1852, com a presença do Imperador, o Hospício de Pedro II representou uma tentativa de institucionalizar a contenção dos ditos “alienados”, utilizando o discurso médico como justificativa para práticas de segregação social. A proximidade do hospício com a Santa Casa da Misericórdia, na então capital Rio de Janeiro, demonstra que o cuidado ainda era confundido com caridade, e a loucura era vista como fatalidade a ser escondida.

A criação do Hospício de Pedro II marca não somente o início da institucionalização da loucura no Brasil, mas também a importação dos moldes europeus de controle social. A persistência de um modelo assistencialista e caritativo, no qual o doente mental era visto como objeto de piedade, e não sujeito de direitos, atrasou a emergência de uma abordagem clínica propriamente dita e perpetuou práticas de exclusão com roupagem moral e religiosa

Michel Foucault, ao analisar o nascimento da psiquiatria como ciência e instituição, alerta que o saber psiquiátrico surge atrelado à função de normatizar condutas e enquadrar o indivíduo à lógica da razão iluminista. No Brasil, essa função se acentuou pelo caráter autoritário do Estado imperial e, posteriormente, das elites republicanas, que enxergavam na loucura um obstáculo à ordem e ao progresso nacional. O internamento não visava à cura, mas ao afastamento do “anormal” – um mecanismo de defesa da sociedade contra o que ela própria não compreendia ou temia.

A instituição perseverou até o ano de 1944. Nesse ínterim, com a ruína do Império e proclamada a República, novo decreto, o de nº 142-A, de 11 de janeiro de 1890, determinou que o Hospício de Pedro II, antes anexado à Santa Casa da Misericórdia, passasse ao controle direto do governo federal e a denominar-se Hospício Nacional de Alienados. Em 1903, a

instituição passaria por grandes reformas com a nomeação de Juliano Moreira a diretor, que entrou para os anais da história da ciência como fundador da disciplina da Psiquiatria no Brasil, e que revolucionou os métodos de tratamento aos doentes mentais, trazendo, sobretudo, humanização ao processo terapêutico, com, por exemplo, a abolição do uso de coletes e camisas de força, a separação de pacientes por grau de periculosidade e o combate do racismo no diagnóstico psiquiátrico.

Juliano Moreira representa, sem dúvida, uma figura revolucionária na psiquiatria brasileira. No entanto, como aponta Ilana Casoy, os avanços promovidos por médicos humanistas como ele foram limitados pela estrutura institucional vigente. “As ideias progressistas colidiam com a precariedade das instituições e a mentalidade punitivista que ainda pairava sobre os doentes mentais perigosos. O louco infrator, mais do que qualquer outro, era visto com medo e desprezo” (CASOY, 2008, p. 51). A dualidade entre discurso científico e prática excludente se manteve como constante no tratamento dos pacientes judiciários.

Do período que transcorreu entre os governos de Hermes da Fonseca a Washington Luís, a instituição mudou de nome duas vezes: a primeira pelo Decreto nº 8.834, de 11 de julho de 1911, para Hospital Nacional de Alienados, e a segunda por meio do Decreto nº 5.148-A, de 10 de janeiro de 1927, para Hospital Nacional de Psicopatas. Em 1930, com a Revolução de Outubro que depôs Washington Luís do posto de presidente, Getúlio Vargas exonerou compulsoriamente Juliano Moreira do cargo de diretor. Diante disso, no ano de 1944, o Hospital já não oferecia condições adequadas para a assistência médica dos internos e teve sua estrutura doada à Universidade do Brasil, atual Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Em 1921, assinado pelo Presidente Epitácio Pessoa e pelo Ministro da Justiça e Negócios Interiores, Alfredo Pinto, o Decreto nº 14.831, de 25 de maio de 1921, criou o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, sob responsabilidade do referido Ministério, porém cuja jurisdição Getúlio Vargas transferiu ao Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1931. Seu primeiro diretor foi Heitor Carrilho, médico psiquiatra orientado por Juliano Moreira, que dedicou sua vida à Clínica Psiquiátrica, à Psiquiatria Forense e à Psicopatologia Criminal. Em decorrência de seu falecimento, ocorrido em 1954, o hospital foi batizado, logo no ano seguinte, como Manicômio Judiciário Heitor Carrilho e, posteriormente, em 1984, como Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho.

A criação do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro inaugurou uma nova fase no tratamento legal da insanidade penal. O que antes era tratado de forma difusa em instituições comuns, passou a contar com um espaço específico para o custodiamento do inimputável,

evidenciando a consolidação de um modelo híbrido entre o cárcere e o hospital. Essa figura do sujeito de exceção – doente, mas perigoso – prenunciou um capítulo diverso no direito penal brasileiro. Michael H. Stone afirma que “a linha entre doença mental e maldade pode ser extremamente tênue, e, em muitos casos, mesmo a presença da patologia não elimina a necessidade de contenção permanente” (STONE, 2018, p. 97). Esse tipo de diagnóstico reforçou o discurso jurídico que justificava internações prolongadas sob o argumento de proteção coletiva.

Importante destacar que a consolidação dos manicômios judiciais representou a materialização de um discurso de neutralização social. A figura do inimputável, que anteriormente se diluía entre a loucura e o crime, passou a ser tratada como uma categoria jurídica e médica específica. Stone, em seus estudos sobre a maldade humana, pondera que certos indivíduos não apenas apresentam transtornos mentais, como também se encaixam em perfis de comportamento tão perigosos que a segregação se torna uma medida muito além de jurídica, mas, sobretudo, de autopreservação coletiva. Esse reconhecimento da periculosidade extrema, ainda que polêmico, fundamentou a criação de instituições que buscavam oferecer tratamento, mas que também funcionavam como prisões terapêuticas.

A institucionalização do tratamento penal do doente mental fez com que a figura do inimputável ganhasse novo status: não era mais um paciente comum, nem um preso; era um sujeito de exceção, colocado sob custódia por tempo indefinido. A medida de segurança nasceu como alternativa à pena, mas acabou sendo, em muitos casos, uma forma ainda mais cruel de privação de liberdade, com internações que duravam décadas.

A medida de segurança passou a funcionar, na prática, como uma forma de prisão perpétua velada. Muitos internos não recebiam alta, mesmo após décadas de internação, por ausência de laudos favoráveis ou pela simples inexistência de rede de apoio externa. Stanton Samenow ressalta que “o sistema psiquiátrico judiciário frequentemente não trata, apenas contém, deixando indivíduos em estado de suspensão, sem real perspectiva de reabilitação” (SAMENOW, 2004, p. 103). Essa lógica cristalizou a visão do hospital de custódia como um espaço de não-direito, onde o tempo deixa de ter função jurídica e passa a ser determinado por avaliações muitas vezes subjetivas e irregulares.

Durante o regime militar, os hospitais psiquiátricos tornaram-se espaços de repressão política. Documentos e depoimentos revelam que opositores do regime foram internados sob alegações de distúrbios mentais, sem devido processo legal ou fundamentação de laudo médico, expondo o potencial autoritário do aparato manicomial. A psiquiatria forense, nesse período,

foi utilizada como ferramenta de silenciamento, o que deixou marcas profundas na memória institucional dessas unidades.

Esse uso político da psiquiatria forense revela como o saber médico pode ser instrumentalizado por regimes autoritários. O Estado militar utilizou de hospitais psiquiátricos para punir adversários sob o manto da “cura”, reforçando a crítica foucaultiana de que a psiquiatria é também uma tecnologia de controle, sendo a loucura o outro lado do poder, ou seja, aquilo que ele não tolera, mas que precisa controlar. A herança autoritária ainda ressoa nas práticas institucionais atuais, muitas vezes marcadas pela arbitrariedade e pela ausência de controle externo efetivo.

Também durante o regime militar, o prédio do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, posteriormente batizado de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, foi cedido pela União ao Estado do Rio de Janeiro por meio da Lei nº 6.568, de 24 de setembro de 1978, permanecendo operante até 2013, quando extinto em razão da Lei nº 10.216/2001 – Lei da Reforma Psiquiátrica” –, que marcou uma mudança profunda na tratativa de pessoas com transtornos mentais no Brasil. Essa legislação visou a desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos, com o intuito de humanizar o atendimento e priorizar o tratamento em serviços mentais na comunidade, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Em consonância à referida lei, o Conselho Nacional de Justiça instituiu, por meio da Resolução nº 487/2023, a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, determinando a interdição e o fechamento dos manicômios judiciais no prazo de um ano.

Essa decisão de fechamento foi recebida com entusiasmo por setores da luta antimanicomial, mas também com grande apreensão por especialistas da psiquiatria forense e do direito penal. Como alerta o Conselho Federal de Medicina (CFM), “a extinção de estruturas de custódia sem sua substituição por serviços equivalentes em segurança e capacidade técnica compromete não apenas o tratamento do paciente, mas também a segurança coletiva” (CFM, 2023). A extinção, nesses termos, pode se tornar uma omissão disfarçada de avanço humanitário, reproduzindo, sob nova roupagem, os mesmos erros históricos de negligência institucional.

### 2.3 Reflexões sobre a psiquiatria forense ao longo do tempo

A psiquiatria forense, situada no cruzamento entre o campo jurídico e o clínico, historicamente operou como instrumento de mediação entre a sanção penal e a proteção médica.

Desde os primórdios do século XIX, a atuação dos médicos psiquiatras em tribunais foi marcada pela tentativa de compreender se determinados comportamentos delituosos poderiam ser atribuídos à insanidade e, nesse caso, quais medidas seriam adequadas para lidar com o agente infrator.

A origem da psiquiatria forense como especialidade autônoma está profundamente ligada à tentativa de compreender os limites entre a doença mental e o livre-arbítrio. A intersecção entre o saber médico e o direito penal sempre gerou tensão, pois enquanto o direito busca imputar responsabilidade e estabelecer pena, a psiquiatria opera com categorias clínicas muitas vezes subjetivas, voltadas para o diagnóstico e a evolução de quadros psíquicos. Essa tensão permanece viva até os dias de hoje, especialmente quando se trata da definição da inimputabilidade e da aplicação das medidas de segurança.

Além disso, o crescimento da psiquiatria forense coincidiu com a expansão dos dispositivos de controle do Estado Moderno, como bem observou Foucault. O autor afirma que a inserção da medicina no sistema judicial permitiu um novo tipo de vigilância: “o saber médico não apenas descreve o sujeito, ele o captura, o fixa em categorias e o torna objeto de intervenções contínuas” (FOUCAULT, 1975, p. 93). Nesse sentido, a psiquiatria forense não se limita ao papel de perícia: ela participa da construção de um regime de verdade sobre o desvio, o perigo e a normalidade.

Essa interface, entretanto, esteve longe de ser neutra ou isenta de crítica. Foucault, em sua análise sobre o sistema penal e a loucura, sustenta que a psiquiatria forense, ao invés de apenas curar, serviu para legitimar práticas de exclusão e contenção, funcionando como braço científico do controle social. Contudo, não se pode perder de vista que o papel da psiquiatria forense também foi, e continua sendo, essencial para a segurança pública, especialmente quando identifica indivíduos cuja condição psíquica os torna refratários à convivência social ou ao tratamento convencional.

Ilana Casoy, ao analisar o perfil de criminosos com diagnósticos de transtornos mentais severos, aponta que o sistema judicial muitas vezes não está preparado para lidar com a complexidade desses casos. Em sua obra “Louco ou Cruel?”, Casoy pontua que “a psiquiatria forense acaba funcionando como um amortecedor entre o medo social e a ausência de resposta do Estado. O louco infrator é afastado, mas não tratado; é diagnosticado, mas não acompanhado” (CASOY, 2008, p. 62). A psiquiatria, nesse contexto, acaba assumindo um papel simbólico no apaziguamento institucional, oferecendo explicações clínicas para comportamentos socialmente intoleráveis.

O modelo tradicional, baseado na noção de “periculosidade” e adotado pelo ordenamento jurídico brasileiro, tem sido alvo de críticas por parte de setores acadêmicos e de direitos humanos. No entanto, como bem argumenta Michael H. Stone, em sua obra “Cruel: Índice da Maldade”, nem todos os indivíduos com distúrbios mentais são igualmente perigosos ou igualmente ressocializáveis. Por meio de seu “Índice da Maldade”, o autor propõe uma classificação baseada em graus de violência e impulsividade, sugerindo que há, de fato, casos nos quais a ressocialização plena é inviável, e que, portanto, requerem medidas restritivas permanentes.

A classificação de Stone se destaca por apontar que nem todo diagnóstico de transtorno mental tem implicações iguais em termos de periculosidade. Para ele, é necessário diferenciar entre o sofrimento psíquico que pode ser tratado e aquele que se manifesta de forma estrutural, com padrões reiterados de violência e ausência de empatia. “Há criminosos que não são apenas doentes, são destrutivos por escolha, por prazer, por ausência completa de consciência moral” (STONE, 2018, p. 89). Esse alerta reforça a importância de avaliações multidisciplinares que não se limitem a diagnósticos superficiais, mas que busquem compreender o histórico e a estrutura de funcionamento do sujeito.

Nesse contexto, o desafio contemporâneo da psiquiatria forense é evitar tanto o punitivismo mascarado de tratamento quanto o romantismo institucional que nega a existência de quadros clínicos graves e patológicos. A atuação das equipes multiprofissionais – formadas por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas – é essencial para construir avaliações mais complementares e personalizadas, capazes de distinguir entre os indivíduos que podem ser reintegrados socialmente e aqueles cujo risco de reincidência prevalece elevado.

Stanton Samenow também defende uma abordagem crítica à noção de que todo comportamento criminoso pode ser atribuído exclusivamente a fatores patológicos. Em “A Mente Criminosa”, ele refuta a ideia de que o criminoso é produto do meio ou da doença, propondo que muitos agem de forma deliberada, racional e manipuladora: “A tendência a patologizar a maldade ignora a realidade de que muitos criminosos pensam de forma distorcida, mas lúcida; sabem que estão errados, mas simplesmente não se importam” (SAMENOW, 2004, p. 45). Essa perspectiva é crucial para evitar que o sistema psiquiátrico seja utilizado como refúgio para criminosos conscientes de seus atos, mas que tentam manipular a justiça por meio de diagnósticos forjados ou ampliados.

O discurso de desinstitucionalização, para tanto, precisa ser equilibrado com a necessidade de manter estruturas especializadas, seguras e éticas para acolher os casos mais

complexos e perigosos. Como alerta o próprio Conselho Federal de Medicina, a medicina não pode ser subordinada a imperativos ideológicos, sobretudo quando isso compromete o cuidado ao paciente e coloca em risco a sociedade. A psiquiatria forense deve ser repensada, mas não descartada.

Portanto, é necessário repensar a psiquiatria forense a partir de um novo paradigma: não como mero instrumento auxiliar do Judiciário, mas como campo autônomo, com critérios técnicos próprios, dotado de protocolos rigorosos e integrado a uma rede que envolva saúde pública, justiça criminal e assistência social. A modernização das perícias, a formação contínua dos profissionais, a criação de unidades híbridas de cuidado intensivo e a revisão periódica das medidas de segurança são apenas algumas das providências prioritárias para que a psiquiatria forense possa cumprir seu verdadeiro papel: proteger sem punir, tratar sem excluir, diagnosticar sem aprisionar.

#### 2.4 Principais marcos históricos e legislações relevantes

O percurso histórico-normativo dos manicômios judiciários no Brasil reflete não apenas uma trajetória de exclusão e contenção, mas também a tentativa do Estado de oferecer uma resposta institucionalizada ao problema da imputabilidade penal em casos de transtornos mentais. Criados em 1921 por meio do Decreto nº 14.831, os manicômios judiciários nasceram com o intuito de atender a uma lacuna legal e médica: a de prover um ambiente de custódia e tratamento para indivíduos considerados inimputáveis por transtornos mentais, mas que haviam cometido infrações penais.

A criação legal dos manicômios judiciários evidenciou a preocupação do Estado brasileiro em institucionalizar uma resposta específica aos chamados “criminosos loucos”. Tratava-se, portanto, de uma medida voltada não apenas à saúde do indivíduo, mas também à defesa da coletividade. Michel Foucault explica que a função das instituições disciplinares não é apenas isolar, mas também classificar, observar e corrigir, em uma lógica de vigilância permanente: “Trata-se de uma microfísica do poder que incide sobre os corpos e os controle pela internalização das normas” (FOUCAULT, 1975, p. 121). Os manicômios judiciários, ao mesmo tempo hospitalares e carcerários, materializaram esse poder disciplinar, funcionando como espaço de vigilância do desvio, seja ele penal, mental ou moral.

A institucionalização da medida de segurança mostra ainda que a periculosidade passou a ser concebida não como um sintoma clínico apenas, mas como um conceito híbrido, que

articula direito, medicina e segurança pública. A partir daí, o tempo da internação deixa de estar ligado ao crime cometido e passa a depender da subjetividade pericial, o que, na prática, autoriza confinamentos muito mais longos do que penas privativas de liberdade comuns.

O Código Penal de 1940, ainda vigente, consolidou essa estrutura jurídica ao estabelecer a inimputabilidade penal no artigo 26 e prever as medidas de segurança como alternativa à pena. Ao asseverar que “é isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”, o legislador firmou as bases para o tratamento diferenciado desses indivíduos (BRASIL, 1940).

Contudo, a imprecisão quanto à duração e aos critérios de cessação das medidas de segurança fez com que essas instituições se tornassem verdadeiros espaços de confinamento por tempo indeterminado. A ausência de revisões periódicas eficazes e a fragilidade da perícia psiquiátrica muitas vezes resultaram na perpetuação da internação, ferindo frontalmente os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, do devido processo legal e da proporcionalidade da sanção. Dessa forma, a inimputabilidade não significava, necessariamente, menos rigor do que uma condenação penal, pois, muitas vezes, significava mais tempo, menos direitos e maior incerteza.

Ainda assim, não se pode ignorar que os manicômios judiciais surgiram com uma motivação legítima: garantir a segurança pública e tratamento especializado para indivíduos potencialmente perigosos. O reconhecimento da periculosidade como critério jurídico-médico, apesar de alvo de críticas, se baseia em evidências de que certos transtornos mentais severos, associados a comportamentos violentos recorrentes, demandam medidas que protejam não apenas a sociedade, mas também o próprio paciente, cuja condição o torna, a depender do caso, incapaz de responder pelos próprios atos de forma consciente e racional.

Stone, em seu estudo sobre graus de maldade, classifica determinados transtornos como irremediáveis do ponto de vista comportamental. Indivíduos diagnosticados com psicopatia severa e ausência total de remorso, por exemplo, apresentariam um risco constante de reincidência. “Não se trata de imaginar um castigo eterno, mas de reconhecer que certos quadros clínicos, pela sua natureza estrutural, não oferecem chances realistas de reintegração” (STONE, 2018, p. 102). Nesse sentido, o reconhecimento da periculosidade como elemento jurídico-médico continua sendo relevante para salvaguardar vidas, inclusive a do próprio interno.

A Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica) representou uma inflexão nesse cenário ao redirecionar o modelo assistencial para uma perspectiva antimanicomial, priorizando o tratamento em liberdade e em ambiente comunitário. No entanto, sua aplicação nos hospitais de custódia se mostrou limitada e, por vezes, impraticável, especialmente diante da ausência de estruturas adequadas e equipes especializadas para o acolhimento de pacientes com alto grau de periculosidade.

É importante frisar que a Lei da Reforma Psiquiátrica, embora tenha trazido avanços significativos no campo dos direitos humanos e no combate às internações arbitrárias, não foi concebida para lidar com os desafios da saúde mental no campo penal. Ao aplicar o paradigma da desinstitucionalização a inimputáveis de alta periculosidade, sem prever estruturas específicas para substituí-los, assume-se o risco de produzir novas formas de exclusão – mais precárias, mais invisíveis e mais perigosas.

Em 2023, a Resolução nº 487 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) instituiu, definitivamente, a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, determinando o fechamento de todos os manicômios judiciários ainda operantes no prazo de um ano. Embora a medida vise o combate e o fim das violências históricas de direitos humanos, o seu cumprimento integral levanta sérias preocupações do ponto de vista médico, jurídico e ético. O Conselho Federal de Medicina (CFM) se posicionou de forma crítica e contrária, apontando que o fechamento abrupto dessas instituições pode comprometer a segurança dos pacientes, a integridade do tratamento e a própria eficácia do sistema penal ao lidar com indivíduos não ressocializáveis.

Portanto, ainda que o atual modelo dessas instituições deva ser questionado e reformado, é preciso reconhecer que o esvaziamento completo dos manicômios judiciários, sem substitutos seguros e eficazes, pode gerar um vácuo institucional perigoso, no qual nem a saúde mental nem a segurança pública estarão adequadamente asseguradas.

Diante disso, o debate contemporâneo não deve girar em torno da dicotomia “manicômio sim ou não”, mas em torno da questão de como oferecer tratamento digno, com segurança e respeito aos direitos fundamentais. A resposta passa, inevitavelmente, por reformas estruturais que articulem o saber médico, o sistema judicial, os direitos humanos e os limites do risco aceitável. Como propõe o Conselho Federal de Medicina, a solução está em unidades híbridas bem equipadas, com fiscalização permanente, perícia de qualidade e estrutura para o acolhimento ético de quem representa, de fato, risco contínuo à vida em sociedade.

### 3 VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS

#### 3.1 Condições estruturais e tratamento dos internos

Historicamente, os manicômios judiciários foram concebidos como instituições híbridas, ou seja, situadas entre o sistema penal e o sistema de saúde mental, com o propósito de custodiar e tratar indivíduos transgressores da lei diagnosticados com transtornos mentais. No entanto, na prática, essas instituições frequentemente funcionaram mais como espaços de reclusão do que de recuperação. Ao longo do século XX, uma série de denúncias e inspeções revelou a precariedade das instalações, a ausência de equipes multiprofissionais, a escassez de recursos terapêuticos e o uso recorrente de práticas punitivas, como isolamento prolongado, contenções físicas e medicação excessiva.

As condições físicas e sanitárias dos hospitais de custódia brasileiros são, em sua maioria, incompatíveis com qualquer noção moderna de cuidado em saúde mental. Inspeções realizadas por órgãos como o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) relataram celas superlotadas, falta de ventilação, ausência de atividades terapêuticas e escassez de profissionais capacitados. Nessas unidades, a lógica do encarceramento é predominante, o que faz com que o interno seja tratado como objeto de vigilância, e não como sujeito de cuidado.

Essa realidade contraria frontalmente o preceito constitucional da dignidade da pessoa humana e os dispositivos da Lei da Reforma Psiquiátrica, que estabelecem a necessidade de tratamento em ambientes terapêuticos, com respeito à singularidade do paciente. Dessa forma, o que se observa é a permanência de um modelo punitivo, sustentado por estruturas carcerárias adaptadas, em que o sofrimento psíquico é muitas vezes agravado pela reclusão em condições degradantes.

Além disso, há uma evidente ruptura entre o discurso jurídico e a realidade institucional. Embora o ordenamento jurídico exija reavaliações periódicas da medida de segurança e o respeito aos princípios do tratamento mínimo necessário, muitos internos permanecem por anos sem qualquer acompanhamento multidisciplinar. A Defensoria Pública de São Paulo denunciou casos em que pacientes passaram mais de sete anos internados sem qualquer atualização de seus laudos periciais, violando diretamente os artigos 96 e 97 do Código Penal:

Art. 96. As medidas de segurança são:

I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;

II - sujeição a tratamento ambulatorial.

Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta.

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

**Prazo**

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

**Perícia médica**

§ 2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.

**Desinternação ou liberação condicional**

§ 3º - A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade.

§ 4º - Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos. (CÓDIGO PENAL BRASILEIRO, 1940)

Nessa senda, os hospitais de custódia passaram a acumular funções que extrapolam sua vocação original. Tornaram-se depósitos de laudos psiquiátricos, centros de internação provisória sem prazo, abrigos de indivíduos considerados “incômodos” pelas famílias e até mesmo locais de internação de medida de segurança para semi-imputáveis, cuja legislação é ambígua e frequentemente interpretada em desfavor do réu.

Essas condições foram percebidas como forma de violência institucional, com sérias complicações éticas e jurídicas. Como, por exemplo, perícias realizadas pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e pelo Conselho Nacional do Ministério Público revelaram as condições degradantes dessas instituições. Celas fétidas, superlotadas, com infiltrações e ausência de iluminação adequada; pacientes em contenção física ou dopados sem prescrição justificada; alimentação inadequada e falta de acesso a atividades terapêuticas ou de lazer são situações documentadas.

Além disso, foi constatado também um grave déficit de profissionais qualificados, haja vista que psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, muitas vezes, atuam em número reduzido ou sequer estão presentes. Ou seja, internos que deveriam estar sob tratamento médico eram submetidos a regimes semelhantes ao cárcere, muitas vezes sem perspectivas reais de alta ou revisão periódica da medida de segurança.

Em muitos hospitais de custódia, o cotidiano dos internos é marcado por uma rotina de ociosidade forçada, medicamentos sedativos ministrados de forma indiscriminada e isolamento. A médica psiquiatra Sônia Barros, em seu estudo sobre a prática institucional em hospitais de custódia, relata que “o objetivo principal parece ser manter o paciente quieto, imóvel e controlado, mesmo que isso signifique privá-lo de qualquer possibilidade real de reabilitação”

(BARROS, 2017, p. 41). A ideia de recuperação, portanto, não passa de um ideal simbólico, dissociado da prática concreta dessas instituições.

Tais condições transformam o que deveria ser um ambiente de recuperação em um local de sofrimento institucionalizado. A prática de internações prolongadas, sem perícia atualizada, associada à inexistência de um projeto terapêutico singularizado, caracteriza a manutenção arbitrária de indivíduos privados de liberdade, sem perspectiva real de reavaliação ou desinternação. A medida de segurança, nesse panorama, se torna um mecanismo de exclusão perpétua, em flagrante violação às normas constitucionais e penais.

A lógica que estrutura os manicômios judiciários ainda carrega a herança do que Franco Basaglia denominou de “violência da normalização”. Para o psiquiatra italiano, pioneiro da reforma psiquiátrica, “a instituição não trata: ela disciplina. Ao fazer isso, transforma a doença em identidade, cristaliza o sintoma e apaga a singularidade do sujeito” (BASAGLIA, 1982, p. 153). É exatamente isso que se vê nos manicômios judiciários brasileiros: sujeitos diagnosticados e imediatamente definidos pelo diagnóstico – um estigma que os acompanha por tempo indefinido

Ainda assim, é preciso reconhecer que a precariedade dessas instituições não decorreu da ideia manicomial em si, mas da falta de investimento estatal, da negligência administrativa e do abandono político do tema. Em outras palavras, o problema não está na existência de espaços especializados ao tratamento de criminosos com doenças mentais, e sim de como foram geridos ao longo da história. O descaso estrutural do Estado em garantir condições mínimas de saúde, higiene e assistência terapêutica aos inimputáveis internados revela não apenas uma falência institucional, mas também moral – uma forma de tortura prolongada, naturalizada pela burocracia e invisibilizada pelo ente estatal.

### 3.1.1 Violações de direitos humanos nos manicômios judiciários

A existência dos manicômios judiciários expõe uma das tensões mais delicadas do Direito Penal contemporâneo, que é a de conciliar o tratamento digno de pessoas com transtornos mentais que cometem delitos com a necessidade de proteção da coletividade. A medida de segurança busca justamente equilibrar esses dois polos: garantir um tratamento adequado ao inimputável e, simultaneamente, assegurar que ele não apresente ameaça à sociedade.

Entretanto, o que se vê, na prática, é que esse equilíbrio raramente é alcançado. A periculosidade, conceito jurídico que deveria ser avaliado clinicamente de forma periódica,

frequentemente é presumida por longos períodos, resultando em internações que superam, em muito, o tempo de uma eventual pena. O Judiciário, em geral, adota uma postura conservadora, receoso de ser responsabilizado por algum eventual crime cometido após a alta. Como consequência, a liberdade do indivíduo inimputável fica à mercê da insegurança institucional e do medo da opinião pública, em detrimento de sua recuperação.

E, muito embora a proteção social seja também um valor constitucional, ela não pode ser alcançada mediante a violação dos direitos de pessoas em sofrimento psíquico. O argumento da periculosidade não pode funcionar como salvo-conduto para práticas institucionais negligentes ou violentas. A Corte Interamericana de Direitos Humanos, ao julgar o caso “Ximenes Lopes vs. Brasil”, afirmou expressamente que “a vulnerabilidade psíquica do paciente exige do Estado um padrão elevado de cuidado, e não uma autorização implícita para a prática da omissão” (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, Caso *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentença de 4 de julho de 2006).

As medidas de segurança, conforme aplicadas, acabam por inverter sua função original. Ao invés de serem alternativas terapêuticas de caráter temporário e proporcional, elas se convertem em penas de tempo indeterminado, sem acesso à defesa técnica, com laudos mecânicos e estruturas indignas. O tempo deixa de ser jurídico e passa a ser clínico, e, mesmo assim, sem critérios técnicos suficientes.

As violações de direitos humanos em manicômios judiciários são amplamente documentadas, sejam em filmes, como “Bicho de Sete Cabeças” (2000), sejam em relatórios de entidades civis ou em pareceres do Ministério Público e decisões judiciais. Dentre as principais irregularidades apontadas, destacam-se: 1) internações por tempo indeterminado, sem reavaliação periódica ou critérios objetivos de cessação da medida de segurança; 2) ausência de planos terapêuticos individualizados; 3) falta de acesso à defesa técnica e ao Judiciário; e 4) práticas degradantes, como confinamento prolongado, sedação química em excesso e negligência médica. Essas práticas colidem frontalmente com o artigo 5º da Constituição Federal de 1988, que assegura a dignidade da pessoa humana, o direito à integridade física e psíquica e a vedação à tortura ou tratamento desumano ou degradante.

A manutenção desses padrões viola também normas internacionais de proteção aos direitos das pessoas com deficiência mental, vide a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU), internalizada no Brasil com status de emenda constitucional por meio do Decreto nº 6.949/2009. Essa Convenção estabelece que a deficiência não pode justificar privação arbitrária de liberdade, e que toda pessoa com

deficiência tem direito ao respeito por sua integridade física e mental, em igualdade de condições com os demais.

Segundo o médico e escritor Drauzio Varella, que visitou unidades psiquiátricas judiciárias em São Paulo, “a ausência de humanidade no cotidiano dessas instituições é mais brutal do que qualquer diagnóstico psiquiátrico. O louco violento é contido, mas o louco abandonado é destruído lentamente” (VARELLA, 2011). A crítica de Varella revela aspectos pouco discutidos: a violência institucional em curso é cumulativa e afeta não apenas o corpo físico, mas a própria subjetividade do internado, e a violação da dignidade do inimputável não decorre apenas de maus-tratos pontuais, mas da ausência total de uma política pública coerente para este grupo. A inexistência de defensores públicos em tempo integral, a falta de fiscalização judicial e a descontinuidade das perícias criam um cenário de impunidade institucional e de sofrimento legalizado.

Importante frisar também que essa omissão estatal afeta de maneira particular os internos com histórico de pobreza, abandono familiar e baixa escolaridade, que compõem a maioria dos custodiados no Brasil. Para Paulo Amarante, um dos principais nomes da reforma psiquiátrica brasileira, “a loucura institucionalizada no Brasil é seletiva, racializada e empobrecida. Quem não tem defesa, não tem alta” (AMARANTE, 2014, p. 88). Dessa forma, a medida de segurança, longe de ser neutra, escancara um viés de classe e de exclusão social profunda.

Contudo, há uma linha tênue entre a crítica legítima à violação de direitos humanos e o risco de abolir completamente estruturas que, quando bem organizadas, são necessárias. O Conselho Federal de Medicina alerta que o fechamento dos manicômios judiciários, sem substituição por unidades seguras e especializadas, pode gerar não somente a desassistência de pacientes graves, como também o agravamento das violações que se pretende evitar, com o deslocamento desses indivíduos para presídios comuns ou abandono institucional completo.

O desafio, portanto, não é apenas o de extinguir instituições que violam direitos, mas o de criar alternativas eficazes, que garantam um tratamento digno e seguro. A dignidade da pessoa humana inclui o direito à proteção da própria vida e da vida alheia – o que implica reconhecer, com responsabilidade, que há casos em que o tratamento em liberdade não é viável sem uma rede de apoio robusta e especializada.

### 3.1.2 Violações de direitos com a desinstitucionalização indiscriminada

A Resolução nº 487/2023 do CNJ determinou, de forma categórica, o encerramento dos hospitais de custódia em todo o território nacional, estabelecendo que os pacientes sejam encaminhados à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composta principalmente pelos CAPS. A medida, embora ideologicamente alinhada com os princípios da reforma psiquiátrica, foi criticada por diversos especialistas por não apresentar um plano de transição estruturado nem prever investimentos concretos na expansão e qualificação da RAPS.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são equipamentos importantes no acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico, mas não foram concebidos para lidar com indivíduos que apresentam risco grave de comportamento violento. A maioria das unidades não possui funcionamento vinte e quatro horas, não conta com equipe de segurança ou infraestrutura de contenção, e está sobrecarregada com a demanda cotidiana da população em geral.

Transferir para essas unidades a responsabilidade pelo acompanhamento de pessoas inimputáveis, muitas vezes sem vínculos familiares, sem rede de suporte e com histórico de violência grave, é delegar uma missão impossível. Além do mais, a municipalização da política de saúde mental tem agravado as desigualdades regionais, pois enquanto alguns municípios possuem CAPS bem estruturados, outros sequer contam com unidade básica de saúde em funcionamento pleno.

Esse cenário coloca os pacientes em risco de desassistência, reincidência ou reencarceramento, bem como a sobrecarga de profissionais da rede, que já atuam em condições precárias. A desinstitucionalização, sem alternativas reais de suporte intensivo e contínuo, pode conduzir à chamada trasinstitucionalização: o paciente deixa o manicômio judiciário, mas acaba na rua, na prisão comum ou em abrigos sem preparo técnico.

### 3.2 Avanços legislativos e normativos no Brasil

Apesar do cenário adverso, o Brasil registrou importantes avanços normativos na tentativa de garantir direitos e dignidade às pessoas com transtornos mentais. A Lei da Reforma Psiquiátrica, que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, promovendo a desinstitucionalização e o tratamento comunitário como paradigma, é um dos exemplos mais marcantes de significativo avanço institucional. O referido texto legal estabeleceu princípios, como o atendimento em serviços comunitários, o respeito aos direitos civis e políticos das pessoas em sofrimento psíquico e a prioridade do tratamento em liberdade, exceto nos casos

em que seja estritamente necessário o internamento, que deve ser temporário e com revisão médica contínua. Em seu artigo 2º, a norma garante que “o paciente tem direito a ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde” (BRASIL, 2001). Nesse sentido, a Resolução nº 487/2023 do CNJ surgiu como uma tentativa de dar concretude a tais disposições.

Esses avanços teóricos, no entanto, esbarraram em limitações práticas quando se trata da interface entre saúde mental e justiça penal, pois sua aplicação no âmbito forense revelou os limites da transposição automática de modelos assistenciais para contextos de alta complexidade, marcada por interpretações divergentes e resistências institucionais. Isso em razão da natureza dual do sistema, que mescla aspectos terapêuticos e punitivos. Em outras palavras, o sistema de justiça penal opera com finalidades distintas do Sistema Único de Saúde (SUS), e os pacientes sob medida de segurança não raramente envolvem casos de violência grave, reincidência e ausência de vínculos familiares, exigindo suporte técnico mais estruturado que o previsto na lógica comunitária.

Além disso, mesmo após mais de duas décadas de sua entrada em vigor, a Lei da Reforma Psiquiátrica ainda carece de regulamentação específica voltada ao tratamento de pessoas submetidas à medida de segurança. Essa omissão legislativa tem levado à aplicação fragmentada e desigual da norma, gerando cenários de insegurança jurídica, tanto para o interno quanto para o próprio sistema penal, que segue sem diretrizes técnicas sobre como conciliar dignidade, tratamento e contenção.

De forma prática, isso revela que os avanços legislativos, embora relevantes no plano teórico, permanecem distantes da realidade institucional brasileira. A legislação segue sem definir critérios claros para avaliação de periculosidade, cessação da medida de segurança e reintegração assistida. Portanto, embora a Lei nº 10.216 e a Resolução nº 487/2023 representem marcos significativos, a ausência de normatização específica para os casos de inimputabilidade penal, aliada à falta de estrutura técnica da RAPS, impõe limites concretos à sua eficácia. Sem regulamentação rigorosa, sem capacitação de equipes forenses e sem uma rede de apoio estruturada, os avanços legais se mostram retóricas vazias diante da complexa relação entre saúde mental e criminalidade.

### 3.2.1 A responsabilidade do Estado diante das omissões institucionais

A aplicabilidade da Lei nº 10.216/2001 aos pacientes submetidos à medida de segurança levantou debates jurídicos relevantes. De um lado, há o entendimento de que tais

indivíduos, embora tenham cometido crimes, continuam sendo titulares de direitos e devem receber tratamento humanizado, conforme preconiza a lei. Do outro, embora não discordante do primeiro, há a preocupação legítima com a periculosidade de certos pacientes, que exigem ambientes de segurança compatíveis com sua condição clínica e com os riscos que apresentam à sociedade e a si mesmos.

A Resolução nº 487/2023 do CNJ procurou dar um passo mais ousado nesse sentido, ao estabelecer diretrizes para a extinção dos manicômios judiciais e sua substituição por estratégias em rede, como unidades terapêuticas de atenção psicossocial, acompanhadas por equipes multiprofissionais e integradas ao sistema público de saúde. A medida foi saudada por muitos setores, mas também criticada por especialistas da saúde mental e do direito penal, que apontaram a inexistência de infraestrutura adequada para acolher todos os perfis de pacientes, sobretudo os de maior gravidade.

Diante disso, o Estado brasileiro tem o dever constitucional de prover políticas públicas capazes de garantir, simultaneamente, o tratamento digno das pessoas com transtornos mentais e a segurança da coletividade. A omissão na criação de estruturas adequadas para o cuidado de indivíduos inimputáveis representa uma forma de desresponsabilização institucional, sobretudo quando há evidências de que a medida de segurança foi aplicada de forma abusiva ou se transformou em prisão perpétua disfarçada.

A transferência dessa responsabilidade para a RAPS, sem assegurar os meios para seu efetivo cumprimento, constitui uma terceirização indevida da função estatal. As diretrizes das políticas públicas não podem ser apenas programáticas: devem ser acompanhadas de orçamento, capacitação profissional e mecanismos de controle e avaliação. A judicialização da saúde mental, cada vez mais comum no Brasil, reflete justamente a falência da gestão pública em lidar com a complexidade desses casos.

Nesse diapasão, é fundamental que o Poder Judiciário, o Ministério Público, a Defensoria Pública e os órgãos de controle social participem ativamente da construção de um modelo alternativo aos hospitais de custódia – mas não a partir da sua extinção pura e simples, e sim por meio da sua reformulação. A criação de unidades híbridas, como as Unidades de Atenção Psicossocial de Segurança Intensiva (UAPSI), seria um passo importante nesse sentido.

Dessa forma, apesar de os princípios da Lei. nº 10.216/2001 representarem um avanço civilizatório simbólico na teoria, a sua implementação plena exige uma distinção cuidadosa entre os casos que comportam desinstitucionalização e aqueles que, por razões clínicas e

sociais, demandam estruturas especializadas e seguras. A manutenção de hospitais de custódia, desde que sob nova arquitetura institucional, fiscalização constante e abordagem terapêutica centrada no sujeito, pode ser compatível com os princípios de direitos humanos. Sendo assim, a dicotomia entre “fechar ou manter” deve ser substituída por um debate mais honesto, que é como garantir cuidado, segurança e dignidade de forma integrada, sem reproduzir o manicômio clássico nem abandonar os mais vulneráveis.

## **4 RELAÇÃO ENTRE SAÚDE MENTAL E CRIMINALIDADE**

### **4.1 Aspectos criminológicos e psicológicos**

A relação entre transtornos mentais e criminalidade é complexa, multifacetada e marcada por uma intersecção delicada entre psicopatologia, comportamento social e responsabilidade penal. Embora nem todo indivíduo com transtorno mental seja violento ou cometa crimes, há casos em que a doença mental está diretamente associada à conduta criminosa. Transtornos como a esquizofrenia paranoide, o transtorno afetivo bipolar em fase maníaca com sintomas psicóticos, o transtorno delirante persistente e, sobretudo, o transtorno de personalidade antissocial (psicopatia), são exemplos de condições que, quando associadas à ausência de suporte, negligência terapêutica e desestruturação social, podem elevar significativamente o potencial de periculosidade.

A inimputabilidade, embora sustentada por fundamentos legais e médicos, não pode ser compreendida de maneira simplista ou automática. A complexidade dos transtornos mentais exige uma análise individualizada de cada caso, sob pena de se criar um sistema de isenções generalizadas que ignora a real periculosidade de certos sujeitos. Stanton Samenow alerta que “não é porque uma pessoa apresenta um distúrbio mental que automaticamente deixa de saber o que está fazendo. Muitos criminosos são perfeitamente conscientes de seus atos e apenas utilizam o diagnóstico como estratégia” (SAMENOW, 2004, p. 44).

A distinção entre doença e responsabilidade precisa ser tratada com rigor técnico e jurídico. A mera existência de um diagnóstico psiquiátrico não pode ser suficiente para afastar a culpabilidade, tampouco para justificar o encerramento das medidas de contenção. Michael H. Stone também chama atenção para esse ponto ao afirmar que “há indivíduos cujo transtorno mental se entrelaça de forma tão profunda com a perversidade e a violência que o risco que

oferecem não pode ser ignorado, ainda que sejam tecnicamente diagnosticáveis” (STONE, 2018, p. 133).

A teoria do determinismo biológico, que historicamente associou doença mental à propensão ao crime, foi amplamente refutada no campo da criminologia crítica. No entanto, a total negação de qualquer vínculo possível entre certos transtornos e comportamentos delitivos também pode ser perigosa, especialmente no contexto de crimes violentos e reincidência. A psicóloga forense Hilda Marchiori defende uma abordagem multidisciplinar, em que “o diagnóstico psiquiátrico é apenas uma peça da engrenagem interpretativa que deve incluir fatores sociais, emocionais e de personalidade” (MARCHIORI, 2010, p. 87).

Além disso, muitos transtornos que implicam risco à coletividade não se manifestam de forma evidente, o que dificulta tanto o diagnóstico quanto a tomada de decisões jurídicas. É o caso dos transtornos de personalidade antissocial e da psicopatia, que frequentemente se camuflam sob comportamentos sociais aceitáveis. Isso torna o julgamento da inimputabilidade um processo delicado, pois exige do perito não somente conhecimento clínico, mas também uma compreensão profunda da estrutura do funcionamento psíquico do agente.

Em suma, o entrelaçamento entre saúde mental e criminalidade exige um modelo de responsabilização que vá além da lógica binária do imputável vs. inimputável. Como propõe Vera Malaguti Batista, criminóloga brasileira, “a loucura e o crime são categorias históricas de exclusão que não podem ser tratadas com respostas padronizadas, mas sim com sensibilidade, técnica e garantias de direitos” (BATISTA, 2011, p. 61). O desafio do direito penal contemporâneo é exatamente o de reconhecer a singularidade da loucura sem cair em simplificações que ameacem a justiça ou a proteção social.

#### 4.1.1 Conceito jurídico de periculosidade

O conceito jurídico de periculosidade, por sua vez, é difuso e muitas vezes mal aplicado. No ordenamento penal brasileiro, a avaliação da periculosidade serve de critério para determinar a imposição, a manutenção ou revogação da medida de segurança. Porém, não há definição legal objetiva do que constitui periculosidade, o que abre precedente para interpretações subjetivas, muitas vezes baseadas no medo social e não em critérios clínicos objetivos.

Essa ambiguidade jurídica compromete o equilíbrio entre segurança pública e garantia de direitos. O próprio Supremo Tribunal Federal já reconheceu, em decisões pontuais, que a manutenção da internação sem laudo técnico atualizado viola os princípios da legalidade e da

individualização da medida. Ainda assim, juízes continuam a prorrogar medidas com base em pareceres antigos ou genéricos, movidos muitas vezes pelo temor de serem responsabilizados por uma eventual reincidência.

O Conselho Federal de Medicina também tem se posicionado de forma crítica sobre a banalização do conceito de periculosidade, alertando que “não há nenhum marcador biológico inequívoco para predizer com certeza a reincidência violenta de um paciente com transtorno mental” (CFM, 2023). Portanto, a avaliação da periculosidade deve ser feita com extremo rigor técnico, levando em consideração fatores clínicos, contextuais e sociais, e jamais reduzida a uma “percepção subjetiva de ameaça”.

A ausência de protocolos nacionais padronizados para avaliação da periculosidade agrava ainda mais o quadro. Enquanto alguns estados exigem entrevistas estruturadas com equipe multidisciplinar e aplicação de escalas validadas, outros se contentam com relatórios sumários baseados na observação superficial. Isso gera disparidades regionais gritantes, em que dois indivíduos com perfis semelhantes podem ter destinos completamente distintos, apenas pela localidade onde são julgados.

Estudos como o de Nestor Netto (2021), jurista e pesquisador em Direito Penal e Saúde Mental, demonstram que em mais de 40% dos processos analisados a decisão judicial sobre a manutenção da medida de segurança baseou-se em expressões vagas como “aparente risco” ou “comportamento incompatível com a liberdade”, sem qualquer ancoragem técnica clara. Essa fragilidade decisória não apenas compromete os direitos do custodiado, como fragiliza a credibilidade da Justiça.

Por isso, a inexistência de protocolos periciais padronizados e a carência de equipes multidisciplinares especializadas tendem a comprometer a qualidade da análise e perpetuar a internação de indivíduos que, em tese, já não apresentam risco relevante. Mas, também, por outro lado, há casos em que a liberação precoce, sem o devido acompanhamento, culmina em tragédias anunciadas. O desafio reside justamente em equilibrar o respeito aos direitos do indivíduo com a preservação da integridade da coletividade – missão que exige estrutura técnica, investimentos estatais e sensibilidade jurídica.

A psiquiatria forense moderna tem desenvolvido instrumentos de avaliação estruturada de risco, como a HCR-20 (Historical, Clinical, Risk Management-20) e o PCL-R (Psychopathy Checklist-Revised ou Escala Hare), que ajudam a compor um quadro mais objetivo sobre a possibilidade de reincidência. No entanto, esses instrumentos ainda são subutilizados no Brasil, seja por falta de formação especializada dos peritos, seja por resistência institucional. Como

aponta Sílvia Ramos, especialista em políticas de segurança e saúde públicas, “avaliar risco não é adivinhar o futuro – é reunir evidências, dados e histórico clínico-comportamental para tomar decisões fundamentadas” (RAMOS, 2020, p. 91).

Portanto, a periculosidade não pode continuar sendo uma figura jurídica abstrata, usada para justificar a prorrogação indefinida da internação de inimputáveis. Ela deve ser um conceito técnico-jurídico rigorosamente delimitado, com critérios objetivos, prazos revisáveis e controle institucional efetivo. Do contrário, continuará funcionando como instrumento de contenção perpétua, desproporcional e frequentemente desnecessária.

#### 4.1.2 Perfis psicológicos de indivíduos criminosos com transtornos mentais

A criminologia moderna tem avançado na identificação de perfis psicológicos de indivíduos que cometem crimes violentos sob influência de distúrbios mentais. Ilana Casoy, em “Louco ou Cruel?”, analisa com profundidade os casos de criminosos cuja conduta levanta dúvidas quanto à sanidade mental e à verdadeira motivação do ato delituoso – se motivado por doença psíquica ou por perversão consciente e fria. Para Casoy, a linha entre a sanidade e a crueldade premeditada é tênue, e é papel da psiquiatria forense traçar essa distinção com cautela.

Os estudos psicológicos e neuropsiquiátricos têm demonstrado que há ampla heterogeneidade entre os indivíduos diagnosticados com transtornos mentais que praticam crimes. A associação automática entre doença e periculosidade é um erro técnico e ético. Muitos transtornos, como depressão, ansiedade, transtornos alimentares e mesmo algumas psicoses, não têm nenhuma correlação direta com comportamento violento. Já outros quadros, como transtornos de personalidade antissocial, esquizofrenia paranoide com delírios persecutórios e psicopatia, podem se manifestar em condutas que envolvem risco significativo à coletividade, mas isso depende de múltiplas variáveis além do diagnóstico.

Um dos perfis mais debatidos é o do psicopata, que não apresenta delírios nem alucinações, mas sim ausência de empatia, impulsividade, egocentrismo exacerbado e comportamento antissocial. Stanton Samenow, em “A Mente Criminosa”, sustenta que muitos criminosos não são produto de ambientes desfavoráveis, e sim de padrões de pensamento distorcidos e escolhas conscientes. Para ele, o criminoso comete delitos porque encontra neles gratificação pessoal, e não por compulsão incontrolável.

O psicólogo forense Robert Hare, referência mundial em psicopatia, também adverte que “a psicopatia não é sinônimo de insanidade. A maioria dos psicopatas é lúcida, racional e

perfeitamente capaz de distinguir certo e errado – mas carece de empatia e culpa, o que os torna perigosos em graus variáveis” (HARE, 1999, p. 34). Nesse sentido, o perfil psicológico de um criminoso com transtorno mental não pode ser reduzido ao CID ou à DSM, mas deve considerar elementos como funcionamento afetivo, impulsividade, vínculo social e estrutura de personalidade.

Michael H. Stone, por sua vez, propõe o Índice da Maldade, uma escala metódica que classifica criminosos violentos de acordo com o grau de crueldade e distorção moral. No nível mais alto do Índice, estão os assassinos sádicos com traços psicopáticos profundos e ausência total de remorso – indivíduos que, mesmo após internações prolongadas, continuam a apresentar risco extremo à sociedade e, por isso, são considerados essencialmente irrecuperáveis: “Os verdadeiros psicopatas, dos tipos definidos por Hare, compõem um grupo quase intratável, geralmente porque não entendem que necessitam de tratamentos ou cuidados clínicos” (STONE, 2018, p. 71).

Casos reais como o de Ed Gein (EUA), inspiração para personagens como Norman Bates e Hannibal Lecter, e o de Andrei Chikatilo (Rússia), conhecido como “O Açougueiro de Rostov”, evidenciam essa periculosidade extrema. Gein foi internado em hospital psiquiátrico após cometer crimes bárbaros, e jamais foi considerado apto à reintegração. Chikatilo, por outro lado, foi erroneamente liberado após investigação inicial sem prova – o que permitiu que voltasse a matar dezenas de vítimas antes de finalmente ser capturado e preso.

No contexto brasileiro, Ilana Casoy documenta casos emblemáticos em “Serial Killers – Made in Brazil”, como o de Francisco de Assis Pereira, o “Maníaco do Parque”, responsável por uma série de assassinatos e estupros em São Paulo nos anos 1990. Diagnosticado com psicopatia e transtornos sexuais graves, Francisco foi considerado semi-imputável e internado em hospital de custódia. Após cumprir 30 anos de medida de segurança, houve discussões jurídicas sobre sua possível liberação, o que gerou ampla preocupação social – dado seu alto grau de reincidência potencial. Outro caso alarmante é o de Pedro Rodrigues Filho, o “Pedrinho Matador”, responsável por mais de 100 homicídios, inclusive dentro da prisão. Apesar de ter sido solto após cumprir o limite legal de pena, voltou a ser preso anos depois, evidenciando sua incapacidade de adaptação social e controle dos impulsos violentos. Conforme Stone:

A presença de psicopatia deveria ter servido para alertar as autoridades de que esses homens não são bons candidatos à libertação, independentemente de “bom comportamento” durante a prisão.

A reincidência – nesse caso, o ato de cometer crimes novamente após a libertação da prisão ou, no caso de infratores com doenças mentais, após a alta de um hospital forense – é um problema desafiador. A taxa é maior onde há psicopatia e também em certos tipos de crimes, como estupro, principalmente estupro por estranho, e crimes desencadeados por algumas das parafilias. (STONE, 2018, p. 434)

Esses casos demonstram que, embora a legislação deva prezar pela dignidade da pessoa humana e pela busca da reintegração, existem indivíduos cujo grau de periculosidade e distorção psíquica inviabiliza qualquer retorno seguro à sociedade, pois o comportamento violento tende a ser repetitivo e funcional. Tais distinções são fundamentais para a decisão judicial sobre a manutenção da medida de segurança e para que o sistema penal não trate de forma igual casos que exigem respostas diferentes, sob risco de cometer injustiças tanto contra a sociedade quanto contra os próprios internos.

#### 4.1.3 Relação entre transtornos mentais e tipos de crimes

A literatura psiquiátrica e criminológica aponta que determinados transtornos estão mais frequentemente associados a certos tipos de crimes. Transtornos psicóticos, como esquizofrenia paranoide, costumam estar presentes em casos de homicídios motivados por delírios persecutórios: “Evidências sugerem que sintomas psicóticos podem ter relação relevante com o risco de violência. Foi relatado que 5 a 10% dos criminosos encarcerados por homicídio são compatíveis com os critérios de esquizofrenia” (STONE, 2018, p. 194). Já os transtornos de personalidade antissocial e borderline estão associados a crimes impulsivos, agressões físicas e reincidência criminal.

A criminologia contemporânea tem se debruçado sobre a correlação entre determinados transtornos mentais e padrões de criminalidade, não no intuito de estigmatizar, mas de compreender os fatores que tornam certos sujeitos mais propensos a transgredir normas penais. Um exemplo emblemático é a associação entre transtornos psicóticos e crimes violentos impulsivos, em que o agente age sob influência de delírios persecutórios, acreditando estar se defendendo de uma ameaça imaginária. Já no caso dos transtornos de personalidade, como o antissocial e o narcisista, os crimes tendem a ter um traço mais manipulador e predatório.

Pesquisas realizadas por Paul Mullen e Grant Lester, no campo da psiquiatria criminal, identificam que a psicose funcional, quando não tratada, está relacionada principalmente a crimes contra a integridade física, enquanto os transtornos de personalidade estão mais associados à reincidência e ao comportamento planejado. Ainda segundo os autores, “os crimes de psicóticos não são mais numerosos que os da população em geral, mas sua natureza tende a ser mais dramática, confusa e inexplicável” (MULLEN & LESTER, 2000, p. 218).

Estudos também indicam que os crimes sexuais com componente sádico, como os cometidos por serial killers, tendem a estar relacionados a transtornos mais raros e graves, como parafilias com elementos psicopáticos. Casos como os de Francisco de Assis Pereira, o

“Maníaco do Parque”, e Pedro Rodrigues Filho, o “Pedrinho Matador”, revelam que certos distúrbios combinados – como psicopatia com transtornos sexuais ou com sadismo – formam perfis de altíssima periculosidade. Essas figuras não apenas reincidem, como demonstram ausência completa de empatia e remorso, presença de prazer em causar sofrimento, frieza emocional e resistência a qualquer forma de ressocialização. O padrão desses crimes é repetitivo, ritualizado e carregado de motivação egocêntrica, reforçando a tese de Michael H. Stone sobre a existência de indivíduos “irrecuperáveis” para o convívio social devido à periculosidade crônica.

Assim, no caso de inimputáveis por transtornos mentais, é crucial distinguir entre aqueles que cometem crimes em surto psicótico – com a possibilidade de controle e remissão clínica – e os que apresentam estrutura psíquica irreversivelmente comprometida, cujo comportamento criminoso não é episódico, mas parte de um padrão consolidado. Esse contraste entre o crime episódico e o crime estrutural é central para o delineamento da política penal e da avaliação pericial. O problema surge quando o sistema não distingue essas duas dimensões e trata o paciente psicótico com melhora clínica da mesma forma que o psicopata reincidente com ausência total de remorso. Como aponta a pesquisadora brasileira Giselle Groeninga, “a psiquiatria forense precisa abandonar o modelo homogêneo de risco e incorporar ferramentas que permitam identificar quem realmente pode ser reintegrado – e quem precisa de contenção permanente” (GROENINGA, 2019, p. 56).

Por isso, o tratamento penal dos transtornos mentais deve ser embasado em avaliações individualizadas, multidisciplinares e atualizadas, que levem em conta o tipo de crime, o diagnóstico, o histórico comportamental e a resposta ao tratamento. Reduzir a análise ao laudo psiquiátrico é ignorar a complexidade desses casos e comprometer tanto a justiça quanto a segurança pública.

## **5 DA INIMPUTABILIDADE NO CÓDIGO PENAL**

### **5.1 Conceitos e critérios de inimputabilidade**

A inimputabilidade penal é a exclusão da responsabilidade criminal em virtude da ausência de capacidade de autodeterminação no momento do ato, conforme dispõe o artigo 26 do Código Penal. Porém, a relação do dispositivo exige que a incapacidade seja total, uma vez que parcialidade implica em imputabilidade atenuada. Essa distinção, no entanto, é objeto de

intensos debates doutrinários e jurisprudenciais, pois envolve julgamentos técnicos-psiquiátricos muitas vezes ambíguos. Para casos de semi-imputabilidade, o mesmo artigo prevê redução de pena e possibilidade de tratamento conjunto à execução penal.

O conceito de inimputabilidade, ao mesmo tempo em que visa proteger indivíduos vulneráveis, pode também ser utilizado de forma equivocada, como instrumento de impunidade ou exclusão. A psiquiatria forense moderna entende que o diagnóstico clínico não pode ser analisado de forma dissociada do contexto fático da infração. Conforme raciocínio de Stanton Samenow, um diagnóstico não é fator determinante para o comportamento criminoso, pois muitos indivíduos com transtornos mentais vivem em sociedade sem delinquir. A chave, para tanto, está na análise funcional da conduta.

Esse entendimento também encontra respaldo em Stone, que alerta para a necessidade de diferenciar o sofrimento mental incapacitante da perversidade organizada. Em “Cruel: Índice da Maldade”, ele sugere que há casos em que, mesmo diante de diagnóstico formal de transtorno, o sujeito tem plena consciência e racionalidade no momento do crime – o que torna a inimputabilidade técnica inapropriada nesses cenários.

O direito penal brasileiro adota um modelo biopsicológico: exige-se a presença de um transtorno mental (critério biológico) e a comprovação de que ele influenciou diretamente na capacidade de entendimento ou autodeterminação (critério psicológico). A responsabilização penal, portanto, não é afastada apenas pela presença de um diagnóstico psiquiátrico, mas pela constatação de que tal condição impediu o agente de agir com discernimento no momento do fato.

Na prática, contudo, essa análise é frequentemente superficial. Muitas decisões judiciais baseiam-se apenas em laudos médicos breves, que nem sempre são acompanhados por pareceres psicológicos ou sociais. Há, ainda, o problema da “semi-imputabilidade”, quando o réu possui discernimento reduzido, o que permite a imposição de pena com redução, medida de segurança ou ambas – gerando insegurança jurídica e decisões desproporcionais.

A utilização imprecisa dos conceitos de imputabilidade e semi-imputabilidade evidencia uma fragilidade doutrinária e jurisprudencial no trato com os transtornos mentais. Muitos magistrados, por ausência de conhecimentos específicos na área psiquiátrica, acabam por se apoiar exclusivamente no parecer médico, sem considerar elementos do processo penal e da análise da culpabilidade. Como destaca a jurista Maria Helena Diniz, “a inimputabilidade não pode ser reduzida à análise clínica: ela exige uma compreensão jurídica do dolo, da consciência do ilícito e da autodeterminação no momento da ação” (DINIZ, 2018, p. 214).

Além do mais, o modelo biopsicológico adotado pelo Código Penal, ao exigir a total incapacidade, deixa margem para interpretações restritivas. Casos de distúrbios graves com lucidez intermitente ou parcial, como ocorre em surtos episódicos, acabam ficando num limbo jurídico, ora tratados com severidade desproporcional, ora com excesso de benevolência. Isso reforça a urgência de normativas técnicas mais objetivas e da atuação conjunta entre Direito, Psiquiatria e Psicologia Jurídica.

## 5.2 Medidas de segurança previstas nos Códigos Penal e de Processo Penal

Em vez da pena, o indivíduo inimputável, ou o semi-imputável, está sujeito a medidas de segurança, que podem ser de duas naturezas: internação em hospital de custódia ou tratamento ambulatorial. A escolha deve considerar o grau de periculosidade do agente, conforme laudo pericial. Tais medidas de segurança, previstas nos artigos 96 e seguintes do Código Penal, configuram uma resposta jurídica híbrida, situada entre a tutela sanitária e a sanção penal, buscando equilibrar proteção social e assistência ao indivíduo considerado inimputável. Embora a lei estabeleça a possibilidade de internação compulsória em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou tratamento ambulatorial, sua aplicação prática tem sido objeto de inúmeros debates, especialmente no que tange à proporcionalidade, duração e condições do cumprimento dessas medidas.

A medida de segurança tem como pressuposto a periculosidade atual do indivíduo, e não a punição retroativa, o que teoricamente a caracteriza como medida terapêutica e não punitiva. A complexidade reside na avaliação contínua do risco que o interno oferece à sociedade, o que exige uma articulação eficaz entre as áreas médica, jurídica e social. O Manual de Psiquiatria Forense da Associação Brasileira de Psiquiatria destaca que “a eficácia das medidas de segurança está diretamente ligada à qualidade da avaliação pericial e à existência de políticas públicas que garantam estruturas adequadas para o tratamento e reinserção social” (ABP, 2020, p. 124).

No entanto, como apontam diversos estudos, a morosidade e a falta de critérios objetivos dos processos de revisão e a precariedade das perícias periódicas acabam por converter essas medidas em sanções por tempo indeterminado, sem avaliações atualizadas e sem critérios claros para a alta, violando princípios de razoabilidade e proporcionalidade. A Defensoria Pública da União, em relatório de 2021, aponta que essa situação configura uma espécie de prisão perpétua velada, em flagrante desrespeito aos direitos humanos e à legislação vigente.

Nesse contexto, se destaca a importância do controle judicial rigoroso e periódico das medidas de segurança, conforme preconizado pelo artigo 97, §2º, do Código Penal, que determina a revisão anual da medida mediante perícia médica, e os artigos 175 a 179 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal), que tratam de sua revogação quando cessada a periculosidade (BRASIL, 1940a; BRASIL, 1984b). Contudo, a realidade mostra que, muitas vezes, esse controle é insuficiente, seja pela sobrecarga do sistema judiciário, seja pela falta de preparo técnico dos magistrados para avaliar questões psiquiátricas complexas.

Ademais, o Código de Processo Penal, em seus artigos 3º-B, XIII, 149 a 154 e 758, regula o incidente de insanidade mental e a execução da medida de segurança (BRASIL, 1941). No entanto, o ordenamento ainda carece de critérios normativos objetivos capazes de distinguir, com segurança, os casos com potencial de reintegração daqueles com risco permanente de reincidência violenta. Essa lacuna normativa contribui para uma enorme insegurança institucional e expõe a sociedade a potenciais riscos quando indivíduos de alta periculosidade são liberados sem suporte institucional adequado.

Em razão disso, diversos especialistas, como o Conselho Federal de Medicina, defendem a manutenção de estruturas especializadas – com garantias processuais e protocolos rígidos de avaliação – para casos extremos. A extinção completa dos hospitais de custódia, sem substituição técnica e estruturada, comprometeria tanto os direitos dos pacientes quanto a proteção da coletividade.

### 5.2.1 O papel do perito psiquiátrico na manutenção ou cessação das medidas de segurança

A medida de segurança, ao contrário da pena privativa de liberdade, não possui um prazo previamente determinado. Ela depende de avaliação técnica contínua sobre a cessação ou não da periculosidade do sujeito. Nesse cenário, o laudo do perito psiquiátrico exerce função determinante: muitas vezes, é o único elemento levado em consideração pelo magistrado para decidir pela prorrogação ou pela revogação da internação. Isso torna o papel do perito não apenas técnico, mas também decisivamente político e jurídico.

Contudo, essa centralidade da perícia nem sempre vem acompanhada de estrutura adequada para a realização de avaliações rigorosas e imparciais. Diversos relatórios do Conselho Nacional de Justiça, como o “Relatório Nacional sobre Medidas de Segurança”, de 2021, revelam que em muitos estados brasileiros os laudos são elaborados de forma padronizada, com base em observações esporádicas, sem a utilização de instrumentos validados

de avaliação de risco e, em alguns casos, sem qualquer entrevista direta com o interno. Essa fragilidade compromete seriamente a legitimidade das decisões judiciais.

O psiquiatra forense Guido Palomba, com mais de 40 anos de atuação, critica duramente essa realidade: “há uma banalização da perícia psiquiátrica no Brasil. Em vez de se analisar a periculosidade de forma profunda, baseada em critérios técnicos e históricos, tem-se laudos rasos que mantêm pessoas trancadas por décadas ou as liberam sem segurança” (PALOMBA, 2018, p. 54). Essa crítica ganha ainda mais peso quando se observa que, em alguns casos, os laudos se tornam meras reproduções de documentos anteriores, sem reavaliação concreta do estado psíquico atual do interno.

Além disso, o perito forense, muitas vezes, atua sob pressões institucionais – ora do Judiciário, ora do Ministério Público ou da própria administração hospitalar. A autonomia técnica, que deveria ser a base da perícia, acaba sendo relativizada pela expectativa de um parecer que confirme o *status quo* da internação ou que minimize riscos de responsabilização do juiz em caso de reincidência. O perito, assim, é colocado em posição ambígua: entre a ciência e a cautela judicial, acabando por optar, na maioria das vezes, pela via mais conservadora.

A criminóloga Vera Malaguti Batista chama atenção para esse fenômeno ao afirmar que “o direito penal da loucura é, muitas vezes, um direito penal do silêncio: o louco criminoso é invisibilizado, mantido trancado, e esquecido pelos próprios atores do sistema de justiça” (BATISTA, 2011, p. 67). Essa invisibilidade se agrava pela ausência de atuação proativa por parte do Ministério Público e da Defensoria Pública, que deveriam, por obrigação constitucional, fiscalizar a legalidade e razoabilidade da manutenção da medida de segurança.

É sob essa perspectiva que o jurista Ernesto Lalli defende que “a perícia psiquiátrica, ao influenciar diretamente o status jurídico do custodiado, deve ser tratada com as garantias do contraditório, da fundamentação técnica e da transparência. Do contrário, não passa de uma chancela institucional de confinamento” (LALLI, 2009, p. 103). Nesse sentido, é urgente regulamentar critérios mínimos para os laudos de cessação da periculosidade, como entrevistas presenciais, uso de escalas reconhecidas (PCL-R, HCR-20, etc.), histórico clínico-criminal completo e participação de equipe multidisciplinar.

Também é necessário revisar a prática de “confiança cega” no laudo pericial. Pois embora o juiz não seja tecnicamente apto a discordar da avaliação médica, ele deve exigir laudos bem fundamentados, com linguagem clara e atualizados. O próprio CNJ recomenda, desde 2018, que as decisões sobre manutenção de medidas de segurança sejam acompanhadas

de parecer do Ministério Público, da Defensoria Pública e, quando possível, de parecer técnico externo à instituição em que o paciente se encontra, como forma de evitar conflitos de interesse.

Um dos casos mais simbólicos do colapso entre laudo pericial, decisão judicial e risco real à sociedade foi o de João Acácio Pereira da Costa, conhecido como “Bandido da Luz Vermelha”. Autor de uma série de assaltos e assassinatos entre as décadas de 1950 e 1960, João Acácio foi diagnosticado com transtornos mentais e considerado inimputável, sendo internado por medida de segurança no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Franco da Rocha, onde permaneceu por mais de duas décadas. Após esse período, com base em pareceres médicos e avaliações técnicas que atestavam sua cessação de periculosidade, foi liberado em 1997.

Contudo, poucos anos após sua liberação, voltou a se envolver em episódios de violência e foi morto em 2001, em um confronto no litoral catarinense. Esse desfecho trágico evidencia os limites dos critérios técnico-periciais utilizados para avaliar a cessação da periculosidade em casos de longa internação, isso em decorrência da ilusão perigosa em se acreditar que a periculosidade é plenamente mensurável por instrumentos clínicos convencionais, sobretudo em casos crônicos e com traços psicopáticos estruturados.

O caso de João Acácio expõe uma falha sistemática: a tendência do Estado de confiar exclusivamente na lógica médico-pericial para decisões que envolvem alto grau de risco à sociedade. A cessação da medida de segurança, embora amparada por laudos aparentemente técnicos, não foi acompanhada por qualquer plano social, monitoramento pós-alta ou suporte institucional. A decisão judicial que determinou sua liberação, apesar de legalmente embasada, desconsiderou o princípio da precaução e ignorou a vulnerabilidade sociopsíquica do liberado, bem como os riscos objetivos de reincidência.

Esse exemplo reforça a necessidade de repensar o papel do perito psiquiátrico; não como mero fornecedor de parecer técnico, mas como agente fundamental em um processo interconstitucional que envolve responsabilidade social, ética e previsão de consequências. Como alerta Ilana Casoy, a medicina legal não pode operar isoladamente, pois decisões de cessação de periculosidade afetam diretamente o equilíbrio entre segurança coletiva e direitos individuais. O caso do Bandido da Luz Vermelha é, portanto, revelador quanto aos limites da avaliação pericial descontextualizada e a urgência de uma política articulada que integre psiquiatria forense, poder judiciário e rede de saúde mental.

Dessa forma, garantir perícias de qualidade é mais do que uma questão técnica: é uma exigência ética e constitucional. A liberdade ou a contenção de um sujeito não pode depender

de avaliações frágeis, superficiais ou padronizadas. Se a medida de segurança deve durar enquanto houver risco, então o risco precisa ser comprovado de forma qualificada. Caso contrário, cria-se um sistema de contenção indefinida travestido de legalidade, o que fere frontalmente o princípio da dignidade da pessoa humana.

## **6 JUSTIFICATIVAS PARA O NÃO FECHAMENTO E ALTERNATIVAS AOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS**

### **6.1 A insuficiência da Rede de Atenção Psicossocial para atender indivíduos com transtornos mentais graves**

O movimento pelo fechamento dos manicômios judiciários no Brasil tem como principal fundamento a superação do modelo asilar e a busca por práticas de cuidado mais humanizadas, interdisciplinares e baseadas nos direitos humanos. A permanência de instituições totalizantes, marcadas por confinamento prolongado, violações éticas e precariedade estrutural, é frequentemente apontada como incompatível com os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da legalidade e da vedação à tortura ou a tratamento desumano.

Nesse diapasão, a proposta de desinstitucionalização dos hospitais de custódia, conforme prevista da Resolução nº 487/2023 do CNJ, se baseia na premissa de que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é capaz de absorver com eficiência o acompanhamento dos indivíduos considerados inimputáveis em razão de transtorno mental. Contudo, tal pressuposto não resiste a uma análise realista da estrutura e da funcionalidade da rede pública de saúde mental no Brasil.

A RAPS, idealizada pela Política Nacional de Saúde Mental, foi construída para atender a uma população geral em sofrimento psíquico, com foco na atenção em liberdade, no cuidado humanizado e no fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), principais pilares da RAPS, são classificados por porte e abrangência, mas, na imensa maioria dos municípios brasileiros, funcionam com capacidade limitada, carga horária restrita e carência de profissionais especializados em psiquiatria forense.

Além disso, esses centros não possuem estrutura de segurança nem protocolos específicos para contenção de pessoas com histórico criminal violento ou com alto grau de periculosidade. Faltam leitos psiquiátricos de retaguarda, equipes multidisciplinares fixas e articulação eficaz com os serviços de justiça e segurança pública. Em síntese, embora relevantes

no campo da saúde mental, os CAPS não foram criados – nem possuem condições técnicas – para substituir os manicômios judiciais em sua função específica de cuidado com responsabilidade institucional.

Essa deficiência estrutural compromete frontalmente a efetividade da desinstitucionalização. Ilana Casoy adverte que “a ilusão de que o cuidado pode ser inteiramente comunitário desconsidera os casos extremos, em que o tratamento exige contenção, vigilância e acompanhamento especializado de longo prazo” (CASOY, 2016, p. 132). A lógica da atenção em liberdade, embora necessária e desejável em muitos contextos, não pode ser aplicada de forma indistinta a todos os perfis clínicos criminais.

O psiquiatra forense Michael H. Stone reforça esse ponto ao defender que há uma “minoría considerável de indivíduos com transtornos mentais graves que apresentam padrão persistente de periculosidade, exigindo acompanhamento em ambiente seguro e institucionalizado” (STONE, 2018, p. 149). O fechamento abrupto dos hospitais de custódia, portanto, representa um gesto mais simbólico do que uma transformação real das estruturas de cuidado. E ignorar essa realidade é transferir o problema sem resolvê-lo. Trata-se de uma desresponsabilização estatal disfarçada de avanço humanitário.

## 6.2 O risco de reincidência e de responsabilização judicial

A medida da Resolução nº 487/2023 do CNJ tem o mérito de enfrentar uma realidade institucional negligenciada por décadas. Mas, a liberação de indivíduos com transtornos mentais graves, considerados inimputáveis, sem a devida estrutura de acompanhamento, pode expô-los a situações de vulnerabilidade, desassistência e reincidência. A ausência de uma rede articulada de suporte social e clínico aumenta significativamente o risco de que tais indivíduos voltem a cometer infrações penais, especialmente quando há histórico de impulsividade, surtos psicóticos ou ausência de consciência crítica da própria condição.

Quando isso ocorre, não apenas o próprio paciente sofre as consequências de uma política pública impensada e falha, como também a sociedade em geral, que se vê desprotegida. Casos de reincidência após alta sem planejamento reforçam o estigma da loucura violenta e reavivam o clamor punitivista da população, dificultando o avanço de políticas de saúde mental baseadas na solidariedade e no cuidado humanizado.

Do ponto de vista jurídico, há um risco crescente de judicialização da saúde mental. Juízes que concedem altas ou substituem a internação por tratamento ambulatorial, sem garantir

que a rede ofereça os meios para sua execução, podem ser responsabilizados por omissão ou imperícia. Esse cenário produz um efeito paralisante: na dúvida, muitos magistrados optam por manter o paciente internado por tempo indeterminado, gerando distorções ainda mais graves no sistema.

Esse receio também afeta o trabalho do Ministério Público e das defensorias públicas, que se veem divididos entre a proteção dos direitos fundamentais do inimputável e a pressão social pela responsabilização de eventual falha institucional. Como analisa a criminóloga Vera Malaguti Batista, “a psiquiatria forense brasileira vive um colapso ético e estrutural: ao mesmo tempo que não quer punir, não consegue tratar” (BATISTA, 2011, p. 78).

Casos emblemáticos de reincidência após alta indevida são amplamente explorados pela mídia, o que contribui para o pânico moral e para o fortalecimento de políticas públicas reativas, ao invés de estruturantes. Trata-se de um círculo vicioso, onde a falta de planejamento técnico gera falhas, e essas falhas alimentam o medo que bloqueia o próprio avanço da política de saúde mental.

Um caso paradigmático é o do “Maníaco da Cruz”, apelido dado a um jovem de Três Lagoas (MS), que confessou ter matado pelo menos três pessoas em 2008, aos 16 anos de idade. Os crimes, de natureza hediondamente ritualística, foram cometidos com frieza e meticulosidade, e as vítimas eram dispostas em cruz, em alusão a um suposto “julgamento espiritual”. Diagnosticado com transtorno de personalidade antissocial e considerado inimputável, o jovem foi internado em hospital de custódia após medida socioeducativa. Desde então, permanece sob custódia por apresentar risco elevado de reincidência. Em entrevistas e laudos psiquiátricos forenses, reafirmou sua ausência de remorso e afirmou que voltaria a matar se estivesse em liberdade.

Este caso evidencia que, em situações de extrema periculosidade, a liberação do interno sem rede estruturada e controle contínuo compromete não apenas a política de saúde mental, mas a própria segurança pública. Nesse contexto, a contenção clínica, em hospitais de custódia devidamente reformulados, se mostra como única medida capaz de equilibrar o respeito aos direitos do inimputável com o dever de proteger a coletividade.

Sendo assim, o fechamento dos manicômios judiciários, sem a criação de estruturas intermediárias, expõe o próprio sistema de justiça a uma armadilha institucional: libera-se sem garantir o acolhimento; reencarcera-se em presídios comuns diante da ausência de alternativas. Em ambos os casos, se trata de uma realidade obscura que viola a dignidade da pessoa humana e compromete a eficácia da medida de segurança.

### 6.2.1 A omissão do Estado perante a complexidade dos casos

A extinção dos hospitais de custódia deve ser vista, também, como reflexo da negligência histórica do Estado brasileiro no trato com a saúde mental forense. Em vez de reformar, qualificar e fiscalizar essas instituições – que, com os devidos ajustes, poderiam funcionar como unidades terapêuticas modernas e integradas à lógica dos direitos humanos –, o Estado opta por encerrá-las sumariamente, transferindo a responsabilidade ao ente municipal.

A municipalização da política de saúde mental, embora coerente com o modelo do Sistema Único de Saúde (SUS), não pode servir como pretexto para o distanciamento dos governos federal e estadual de suas obrigações. É evidente que a maioria dos municípios não possui infraestrutura, orçamento nem corpo técnico qualificado para lidar com indivíduos de alta complexidade, como os autores de crimes violentos com diagnóstico psiquiátrico severo.

A consequência direta dessa omissão é a formação de um vácuo institucional, uma vez que não há hospital de custódia, nem leito em hospital geral, nem vaga em CAPS. O sujeito fica solto, mas não em liberdade plena – e sim em condição de risco, exposto à reincidência e à marginalização. Ou, alternativamente, é empurrado de volta para o sistema carcerário comum, prática conhecida como “reinstucionalização punitiva”, que fere frontalmente a Constituição e os tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário.

Fechar os hospitais de custódia sem reformá-los e sem apresentar quaisquer substitutos aptos é, portanto, uma estratégia de invisibilização. Cuida-se de uma política de abandono travestida de inclusão e ressocialização. O desmonte dessas instituições sem que haja oferta de estruturas substitutivas compatíveis revela o que Michel Foucault chamou de “reconfiguração silenciosa da exclusão”. O autor sustenta que “a sociedade contemporânea não mais exclui por expulsão, mas por invisibilização” (FOUCAULT, 1975, p. 203). É exatamente esse o risco que o Brasil corre: transformar os inimputáveis em sujeitos de nenhuma política, nem penal, nem sanitária.

O resultado disso é o vazio institucional em que ninguém é verdadeiramente responsável. O município não tem estrutura; o Estado não assume o comando; a União se ausenta; e o Judiciário permanece inerte ou em conflito com a saúde pública. Essa descoordenação reforça a ideia de abandono estatal seletivo, em que justamente os sujeitos mais vulneráveis, como os doentes mentais infratores, são extremamente negligenciados.

## 6.2.2 A omissão do Estado na implementação de políticas públicas integradas de saúde mental forense

A ausência de uma política pública nacional voltada especificamente à saúde mental no contexto forense revela uma das mais graves falhas estruturais do Estado brasileiro. Embora o Sistema Único de Saúde tenha como princípio a integralidade do cuidado, os indivíduos acometidos por transtornos mentais em conflito com a lei permanecem à margem das políticas de atenção psicossocial. Esse hiato institucional tem permitido que as medidas de segurança sejam executadas de maneira improvisada, sem integração com os serviços territoriais de saúde, assistência social e reintegração comunitária.

O Relatório do CNJ sobre Hospitais de Custódia (2021) aponta que, em diversos estados, não há fluxos formalizados entre o sistema de justiça criminal e os equipamentos de saúde mental. A desinstitucionalização, embora defendida em diretrizes normativas, como a Resolução nº 487/2023, não é acompanhada de planejamento técnico ou de financiamento adequado. Assim, o fechamento das unidades de custódia ocorre, muitas vezes, sem que haja dispositivos substitutivos minimamente preparados, o que gera desassistência, reincidência e sobrecarga em outros sistemas – como o hospitalar e o prisional.

A fragmentação entre os entes federativos também compromete a continuidade do cuidado. Como observa o criminólogo Salo de Carvalho, “o Brasil padece de um federalismo de responsabilidade difusa, onde todos se omitem em nome da atribuição do outro. O resultado é a invisibilização do sujeito perigoso, que não é paciente pleno do SUS nem réu típico do sistema penal” (CARVALHO, 2014, p. 207). Na prática, o inimputável torna-se um corpo sem política, circulando entre instituições que não o reconhecem como sujeito de direito.

O Plano Nacional de Saúde Mental Forense, previsto em portarias do Ministério da Saúde e defendido por pesquisadores como Pedro Paulo Bicalho, nunca foi plenamente implementado. Em seus estudos, Bicalho denuncia que “o Estado age como se a loucura infracional fosse exceção, e por isso não merece política pública estruturada. Isso explica a permanência do modelo asilar como solução única, ainda que precária e ineficiente” (BICALHO, 2019, p. 52). A consequência é um ciclo de internações prolongadas, alta sem suporte e retorno compulsório por ausência de alternativas.

Ana Pitta, psiquiatra e pesquisadora da reforma psiquiátrica, aponta que o “sujeito em medida de segurança é o maior desafio da reforma, porque exige conjugar liberdade com responsabilidade, cuidado com controle, e saúde com segurança – o Estado brasileiro ainda não formulou essa equação” (PITTA, 2018, p. 74). De fato, não há regulamentação nacional sobre

unidades de transição, nem incentivo concreto à criação de serviços especializados para perfis de alta complexidade. O que existe são iniciativas isoladas, dependentes da vontade política local, frequentemente interrompidas por mudanças de gestão ou falta de recursos.

O caso de Marcelo Costa de Andrade, o “O Vampiro de Niterói”, expõe com brutal clareza os riscos do desmonte ou fragilização das instituições de custódia e tratamento psiquiátrico para indivíduos de altíssima periculosidade. Responsável por ao menos 14 assassinatos de crianças na década de 1990, Andrade demonstrava comportamentos profundamente psicóticos, afirmando ouvir vozes, ter visões e acreditar que matava por uma missão divina. Foi considerado inimputável e internado em hospital de custódia. Contudo, após alguns anos de internação, conseguiu escapar da instituição – e voltou a cometer crimes similares antes de ser recapturado. Seu caso revelou de forma trágica a vulnerabilidade dos dispositivos de contenção existentes e a ausência de protocolos eficazes de segurança.

A trajetória institucional de Marcelo Costa de Andrade é marcada por diagnósticos psiquiátricos claros que apontam para um quadro psicótico crônico, associado a distorções delirantes e perversão sexual de cunho necrofilico. Segundo Ilana Casoy, ele dizia que “ao matar os meninos e fazer sexo com seus corpos, ele os salvava, garantindo-lhes o céu. Acreditava que estava fazendo o bem” (CASOY, 2016, p. 232). Essa distorção absoluta da realidade revela não apenas um surto psicótico, mas um estado mental que inviabiliza qualquer possibilidade de convivência segura em sociedade. A contenção clínica, nesse caso, é medida de proteção à coletividade e ao próprio sujeito – e não apenas uma sanção.

Além do mais, a fuga de Marcelo, aliada à reincidência dos crimes, demonstra a falência parcial da estrutura manicomial forense brasileira, não porque ela exista, mas porque opera de forma obsoleta, com falhas de segurança, ausência de acompanhamento interdisciplinar e despreparo técnico. A resposta adequada não seria o fechamento dessas instituições, como defendem setores mais radicais da desinstitucionalização, e sim uma urgente reformulação: modernização das instalações, capacitação das equipes, investimentos em segurança interna e revisão periódica de laudos por juntas multidisciplinares. A sua reintegração social é não somente inviável, mas extremamente perigosa.

A análise clínica de casos como o de Andrade converge com o pensamento de Michael H. Stone, que classifica sujeitos com delírios persistentes associados à violência sexual e homicida como estando em grau mais extremo do “Índice da Maldade”, em que a irracionalidade e a periculosidade se unem de forma praticamente irrecuperável (STONE, 2019). Liberar tais indivíduos por ausência de estrutura institucional ou por imperativo

ideológico é condenar a sociedade à repetição de tragédias anunciadas. O sistema de justiça penal precisa compreender que, para certos criminosos com transtornos mentais graves, a única forma de justiça possível é a contenção permanente, ainda que sob forma terapêutica e não penal.

Sendo assim, a omissão estrutural tem implicações jurídicas gravíssimas. Quando o Estado deixa de prover cuidado adequado ao inimputável, ele se omite não apenas em relação ao autor do fato, mas também em relação à coletividade, que permanece exposta e riscos evitáveis. A reincidência violenta, nesses casos, não é um acaso, mas uma consequência direta da ausência de gestão de risco. Como lembra a jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos, “a omissão do Estado em prevenir danos previsíveis configura violação de seus deveres positivos de proteção” (Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, 2006).

Portanto, a defesa da manutenção reformada dos manicômios judiciários não é uma defesa do isolamento, mas sim da responsabilidade estatal. Não se trata de perpetuar o modelo asilar, mas de reconhecer que há sujeitos que necessitam de acompanhamento institucionalizado e que não podem ser abandonados em nome de uma política antimanicomial em negligência. O desafio, hoje, não é apenas técnico, mas político: construir uma política pública nacional de saúde mental forense, capaz de integrar segurança, dignidade e cuidado.

### 6.3 Experiências internacionais no fechamento dos manicômios judiciários

A análise das políticas internacionais revela que o sucesso na superação do modelo manicomial não decorre do fechamento em si, mas do planejamento meticuloso de transição e da criação de estruturas paralelas capazes de absorver os sujeitos em sofrimento psíquico com histórico criminal. A psiquiatra italiana Giovanna Del Giudice, que integrou a reforma de Trieste, alerta que “o desmonte dos hospitais não pode ser uma decisão administrativa, mas um processo político, clínico e social que exige tempo, pactos intersetoriais e investimentos” (GIUDICE, 2014, p. 63). Ignorar essas premissas implica repetir os erros cometidos em outros países que precipitaram o fechamento sem a devida rede substitutiva. Nesses contextos, muitos egressos acabaram sem acesso a cuidados regulares, retornando ao ciclo da marginalização, da mendicância ou da prisão.

Ao observar o cenário internacional, percebe-se que os países que obtiveram algum êxito no processo de desinstitucionalização de pacientes forenses não o fizeram com base em decretos políticos isolados ou decisões abstratas, mas a partir de planos nacionais de

reestruturação, com prazos escalonados, avaliação de impacto e financiamento contínuo. A experiência comparada mostra que a substituição total das instituições não é sinônimo de desresponsabilização estatal, mas de otimização institucional progressiva.

É essencial destacar que o fechamento das instituições de custódia nos países do Norte Global foi precedido por intensos debates parlamentares, consultas públicas e pactuações entre os sistemas de saúde, justiça, segurança e assistência social. O protagonismo técnico das associações médicas e psiquiátricas nesses países também foi determinante para garantir que as alternativas criadas não apenas atendessem ao ideal da dignidade, mas também fossem clinicamente eficazes e operacionais.

Além do mais, a maioria desses países reconhece a especificidade do paciente forense, que muitas vezes apresenta comorbidades psiquiátricas complexas, ausência de compreensão mental e histórico de atos violentos. Por isso, mesmo nos contextos mais progressistas, como a Escandinávia, a desinstitucionalização foi parcial e focada apenas em internos que apresentassem condições reais de reintegração, enquanto os demais permanecem em unidades especializadas, com revisão periódica e supervisão judicial ativa.

Essa distinção entre o “louco comum” e o “louco criminoso”, ainda que criticada por setores ideológicos mais radicais, é fundamental para que a política pública não se transforme em negligência camuflada, sob o risco de a liberação irrestrita ser mais violenta do que o confinamento com cuidado. Ou seja, a dignidade não está apenas na liberdade formal, mas na oferta de cuidados proporcionalmente adequados ao risco e à vulnerabilidade de cada sujeito.

Outro aspecto recorrente nas experiências internacionais bem-sucedidas foi a criação de órgãos independentes de fiscalização da execução das medidas de segurança, com poderes para vistoriar unidades, analisar laudos, ouvir internos e garantir que os direitos individuais fossem respeitados, sem lançar mão da proteção coletiva. Essa lógica da responsabilização intersetorial ainda é incipiente no Brasil e representa um dos principais desafios da transição.

À vista disso, as lições internacionais não apontam para a extinção pura e simples das instituições de custódia, mas para sua substituição por estruturas técnicas, seguras e ajustadas à realidade dos pacientes forenses. Ignorar essa complexidade em nome de uma “libertação simbólica” pode resultar não somente em tragédias isoladas, mas também no descrédito da política pública como instrumento de equilíbrio entre liberdade, saúde e proteção social.

### 6.3.1 Modelos adotados por países desenvolvidos

Diversos países já experimentaram processos de desinstitucionalização psiquiátrica com impacto também nas instituições forenses. A Itália é um dos principais exemplos, com o fechamento de seus hospitais psiquiátricos judiciais (Ospedali Psichiatrici Giudiziari – OPG), iniciado oficialmente em 2014. No lugar dos OPGs, foram criadas as Residências para Execução das Medidas de Segurança (REMS) – estruturas menores, voltadas ao cuidado individualizado e sob rigoroso controle médico-jurídico.

Esse modelo italiano é frequentemente citado como referência, pois conseguiu combinar a extinção do modelo asilar com a manutenção da segurança pública, oferecendo atendimento clínico de qualidade em unidades regionalizadas. No entanto, o processo não foi isento de falhas. Houve demora na implementação das REMS, problemas de subdimensionamento de vagas e dificuldade de articulação entre a saúde e o sistema de justiça, o que, em alguns casos, gerou atrasos em internações ou retornos indevidos ao sistema prisional (DE VITO, 2019).

Na Inglaterra, a substituição dos hospitais de custódia foi possível graças à criação dos High Secure Hospitals, como o Broadmoor Hospital, que funcionam com base em unidades fechadas, porém clínicas, estruturadas por equipe multidisciplinar especializada em risco forense. Esses modelos mantêm a lógica da privação de liberdade, mas dentro de parâmetros terapêuticos rigorosos, com protocolos de revisão periódica, programas de reabilitação gradual e reengajamento comunitário.

Nos Estados Unidos, onde o encarceramento em massa é uma realidade, alguns estados começaram a desenvolver a Forensic Assertive Community Treatment (FACT), uma modalidade de atendimento intensivo e contínuo para egressos de unidades psiquiátricas forenses. No entanto, a aplicação desigual entre os estados e a falta de financiamento contínuo comprometem a eficácia dessa política em larga escala. Isso demonstra que até em países desenvolvidos os resultados positivos dependem de investimento robusto, fiscalização e articulação interinstitucional.

No Canadá e na Alemanha, os hospitais forenses continuam existindo, mas com forte regulamentação dos direitos dos pacientes, revisão periódica das internações e foco em estratégias de reintegração gradual. No país alemão, o modelo de instituições forenses é baseado em leis federais que exigem reavaliação periódica da internação, planos terapêuticos individualizados e separação clara entre medidas penais e assistenciais. O cuidado é estruturado em unidades clínicas forenses, supervisionadas pelo Estado, mas com foco prioritário na recuperação e reinserção social. A permanência nesses locais somente é mantida enquanto durar

a periculosidade efetivamente comprovada, sendo vedada a internação indeterminada sem laudos atualizados.

Já no Canadá, há hospitais forenses regionalizados, mas com rígido controle do sistema judicial sobre a proporcionalidade das medidas. A legislação local impõe que a internação não pode ultrapassar a pena que o sujeito receberia caso fosse imputável, salvo se houver laudo técnico conclusivo quanto ao risco. Existem também programas específicos para a transição gradual dos pacientes, com monitoramento eletrônico e apoio terapêutico domiciliar, além de parcerias com serviços de habitação e trabalho assistido.

Em ambos os países, reconhece-se que uma minoria de indivíduos apresenta risco permanente à sociedade, sendo necessária a manutenção de ambientes seguros e tecnicamente adequados ao longo prazo. Porém, esses modelos também demonstram que a segurança pública não precisa ser incompatível com a dignidade humana – mas exige políticas públicas sérias, contínuas e integradas.

### 6.3.2 Desafios enfrentados no processo de transição

As principais dificuldades enfrentadas por países que aboliram os manicômios forenses envolvem a alta de planejamento intersetorial entre os sistemas de saúde, justiça e assistência social, a escassez de profissionais especializados em saúde mental forense, o risco de trasinstitucionalização – ou seja, o simples deslocamento do problema para presídios comuns ou instituições inapropriadas, e, principalmente, a resistência da comunidade local à presença dos ex-internos. Mesmo em sistemas bem estruturados, o estigma em torno do doente mental violento também continua sendo um dos maiores obstáculos à reintegração. Como destaca o criminólogo John La Fond, os avanços institucionais não são suficientes quando a sociedade civil ainda vê o psicótico perigoso como uma ameaça imprevisível e incontrolável.

Outro desafio está relacionado à rotatividade e à sobrecarga dos serviços substitutivos, especialmente os que atendem pacientes com histórico judicial. Sem equipes capacitadas e estrutura física compatível, há alto risco de desassistência, evasão ou reincidência. A psicóloga forense brasileira Marise Ramos argumenta que “não se faz reforma psiquiátrica com improviso: cada paciente exige um projeto terapêutico singular e, para isso, é preciso gente, tempo e estrutura” (RAMOS, 2020, p. 71).

Tais desafios são especialmente relevantes para o Brasil, cuja rede substitutiva é frágil, desarticulada e marcada por deficiências crônicas nos serviços públicos de saúde, sendo insuficiente para atender pacientes com histórico criminal e alto grau de complexidade

psiquiátrica. Como observa o pesquisador Rafael Alcadipani, “fechar o hospital de custódia no papel não elimina o problema; apenas o transfere para uma realidade ainda mais precária e invisível” (ALCADIPANI, 2022, p. 114).

Desse modo, qualquer tentativa de replicar modelos estrangeiros deve ser acompanhada de adaptação à realidade brasileira, com foco na criação de estruturas próprias para os perfis de maior risco – sob pena de substituir uma forma de exclusão institucional por outra ainda mais negligente.

#### 6.4 A importância de uma política de reforma e não de extinção

Diante desse quadro, a resposta mais adequada, racional e juridicamente responsável é a reforma, e não o fechamento, dos manicômios judiciários. Reformar, neste contexto, significa ressignificar a função dessas instituições, adequando-as aos princípios da dignidade da pessoa humana, ao paradigma da reforma psiquiátrica e às exigências da proteção coletiva.

A manutenção dos hospitais de custódia reformulados não representa um retrocesso civilizatório, mas sim uma resposta pragmática aos limites das estruturas existentes e à complexidade dos sujeitos a que se destinam. O fechamento puro e simples, como aponta Ilana Casoy, “desconsidera que alguns criminosos com transtornos mentais graves apresentam risco contínuo, e que sua soltura sem rede de contenção pode resultar em tragédias evitáveis” (CASOY, 2016, p. 121).

A proposta de reforma visa justamente adequar essas instituições a um novo modelo de cuidado: descentralizado, clínico, supervisionado, com garantias processuais e respeito à dignidade humana. Essa reforma deve incluir, portanto, reestruturação física e arquitetônica dos hospitais, qualificação das equipes multidisciplinares com enfoque em saúde mental forense, a instituição de comissões de revisão periódica da medida de segurança, presença permanente da Defensoria Pública, articulação com a rede de apoio territorial e criação de alternativas intermediárias, como as Unidades de Atenção Psicossocial de Segurança Intensiva (UAPSI), capazes de oferecer tratamento intensivo com segurança.

A psiquiatra forense Maria Cristina do Amaral reforça que “a função do manicômio judiciário não pode ser apenas a de custodiar: ele precisa se transformar em um centro de tratamento técnico, com metas terapêuticas claras, revisão periódica e perspectiva de alta” (AMARAL, 2020, p. 59). Essa lógica rompe com o cárcere sanitário e se aproxima do ideal de justiça restaurativa e cuidado integral.

Além disso, a requalificação desses espaços permitirá o resgate da função judicial da medida de segurança: proteger sem punir, tratar sem violar. O problema não é a existência do hospital de custódia, mas sua forma atual de gerenciamento e funcionamento, marcada pelo abandono estatal, superlotação, ausência de planos terapêuticos individualizados e falta de controle externo efetivo.

As REMS italianas (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza), por exemplo, funcionam como unidades terapêuticas de regime fechado, com foco em reabilitação e reinserção social, sob rígido controle judicial e técnico. Adaptar esse modelo à realidade brasileira é possível, porém exige vontade política, investimento financeiro e escuta qualificada dos profissionais da área.

Dessa maneira, o fechamento indiscriminado dos hospitais de custódia não representa um avanço. Ao contrário, haja vista que pode significar um retrocesso institucional, que fragiliza o direito à saúde mental, compromete a segurança pública e perpetua a omissão estatal. É urgente substituir o modelo manicomial excludente por um modelo terapêutico responsável, sem cair na armadilha da falsa dicotomia entre liberdade e aprisionamento.

E, sendo assim, o maior desafio não é optar entre fechar ou manter, mas entre negligenciar ou transformar. Uma política pública verdadeiramente comprometida com os direitos humanos deve reconhecer que há casos clínico-criminais que não podem ser manejados por CAPS nem por serviços comunitários convencionais. Exigir que estruturas frágeis acolham sujeitos de altíssimo risco é irresponsável com a sociedade e com o próprio inimputável.

Como bem sintetiza Michael H. Stone, “há graus de maldade e de risco que simplesmente não se acomodam na vida comunitária – e ignorar isso em nome de uma política antimanicomial radical é tão injusto quanto aprisionar em massa” (STONE, 2013, p. 265). A reforma, portanto, deve partir do reconhecimento, e não da negação, da complexidade da questão da saúde mental forense no Brasil.

## **7 IMPACTOS DO FECHAMENTO DOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS**

### **7.1 O processo de reintegração social do sujeito considerado inimputável**

A reintegração social de indivíduos considerados inimputáveis por transtornos mentais é um processo complexo, que exige planejamento intersetorial, suporte clínico contínuo e ações de combate ao estigma da loucura. Quando bem estruturada, essa reintegração pode representar

uma alternativa digna ao confinamento prolongado. No entanto, o cenário brasileiro atual está longe de garantir as condições mínimas para que esse processo ocorra com responsabilidade e eficácia.

O estigma da loucura, aliado ao medo da reincidência criminal, dificulta a aceitação desses indivíduos em espaços coletivos. Muitos não conseguem frequentar CAPS por receio da equipe, de outros pacientes ou da própria comunidade. Outros não têm residência fixa ou familiares dispostos a acolhê-los. Diante disso, a reintegração torna-se meramente formal: ocorre no papel, mas não se concretiza na vida cotidiana.

Para que a desinstitucionalização seja viável, é indispensável a existência de residências terapêuticas, programas de empregabilidade assistida, acompanhamento psiquiátrico e psicológico frequente, além de ações coordenadas com o Judiciário, a Defensoria Pública, a rede de assistência social e os dispositivos territoriais. Sem essa articulação, o processo de reinserção não passa de uma ilusão institucional.

Além das dificuldades estruturais, há um profundo despreparo da sociedade civil para lidar com sujeitos egressos de medida de segurança. O estigma da periculosidade “gruda” no indivíduo mesmo após anos de tratamento e estabilidade clínica. Como destaca Gary Kinder em sua obra “Vítima”: “a sociedade tende a ver o autor de um crime violento como um monstro irrecuperável, ainda que existam sinais concretos de remissão do comportamento” (KINDER, 1980, p. 212).

Essa imagem social reforça a exclusão, impede a empregabilidade e compromete a construção de redes de apoio efetivo, fundamentais à reintegração. O resultado é uma espiral de fracasso, em que o sujeito retorna ao isolamento, à delinquência ou ao surto. Por isso, além de políticas institucionais, a reinserção exige também campanhas públicas de conscientização, ações educativas e pactos comunitários de acolhimento.

#### 7.1.1 A vulnerabilidade do sistema de justiça criminal diante da falta de estruturas adequadas

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram concebidos como alternativa ao modelo hospitalocêntrico, oferecendo atendimento ambulatorial intensivo e acompanhamento contínuo a pessoas com sofrimento mental. No entanto, os CAPS não são voltados ao atendimento de pacientes com perfil forense ou de alta periculosidade, carecendo de estrutura de contenção, segurança e equipe técnica especializada para lidar com demandas de medida de segurança.

A tentativa de transferir automaticamente pacientes de hospitais de custódia para os CAPS ignora as diferenças de perfil clínico, histórico de violência e necessidade de vigilância. O risco de reincidência, já documentado em casos emblemáticos, como o de Francisco de Assis Pereira (o “Maníaco do Parque”), reforça a urgência de soluções específicas para indivíduos com traços psicopáticos e histórico de violência grave (CASOY, 2008).

Por isso, o fechamento dos manicômios judiciais sem a existência de estruturas intermediárias de acolhimento coloca o sistema de justiça criminal em uma posição de extrema vulnerabilidade. Juízes, promotores e defensores veem-se diante do dilema entre manter a internação em uma instituição sabidamente precária ou determinar a soltura de indivíduos que, embora legalmente inimputáveis, representam risco permanente à coletividade.

Esse dilema expõe a fragilidade da política criminal brasileira na gestão da loucura infracional. O Estado, ao deixar de oferecer alternativas reais aos hospitais de custódia, empurra a responsabilidade para o Judiciário, que não possui recursos nem inteligência para mediar o impasse entre tratamento e segurança. O que se observa, como apontado por Ilana Casoy, é “uma injustiça desassistida, tentando decidir entre soltar ou internar sem que nenhuma das opções ofereça segurança ou dignidade” (CASOY, 2016, p. 138).

O esgotamento das possibilidades legais também gera uma tendência perigosa de improvisação judicial, em que a manutenção da medida de segurança passa a ser utilizada como recurso de contenção social, e não como instrumento terapêutico. Essa distorção afasta ainda mais o sistema de sua finalidade constitucional.

Essa lacuna estrutural compromete a racionalidade do sistema penal e gera decisões conflitantes. Em alguns casos, há a manutenção indevida da medida de segurança por ausência de local adequado para cumprimento em regime ambulatorial. Em outros, mesmo diante de pareceres que atestam a continuidade da periculosidade, a internação é encerrada por falta de vaga, recurso ou estrutura, transferindo o problema à família, quando esta existe, ou à rede básica de saúde mental, que não está preparada para manejar casos forenses de alta complexidade.

Tal situação expõe os magistrados a um paradoxo: por um lado, há o dever de garantir os direitos fundamentais do paciente inimputável; por outro, há a responsabilidade de proteger terceiros e de não agravar o caos institucional. O resultado é um sistema desarticulado, que perpetua a insegurança jurídica, a violação de direitos e a invisibilidade da saúde mental no âmbito penal.

A ausência de normativas claras sobre unidades substitutivas, a inexistência de fiscalização efetiva nas medidas de segurança ambulatoriais e a falta de recursos vinculados às decisões judiciais tornam o sistema refém da improvisação. O fechamento dos hospitais de custódia, nessas condições, pode levar à proliferação de soluções informais e, conseqüentemente, à institucionalização de novas formas de exclusão.

Isso porque a reintegração social de egressos de medidas de segurança exige o envolvimento de equipes multidisciplinares — com psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, advogados e gestores públicos. Além do tratamento clínico, é necessário oferecer suporte habitacional, inserção laboral, reconstrução de vínculos familiares e monitoramento judicial.

A mídia exerce papel ambíguo nesse processo. Ao mesmo tempo que denuncia abusos nos hospitais de custódia, muitas vezes reforça o estigma ao expor e sensacionalizar casos de reincidência. Isso contribui para um ciclo de exclusão e reforça a falsa ideia de que todos os egressos representam risco iminente, dificultando ainda mais sua aceitação social. Assim, embora a sociedade deva evoluir rumo a um modelo mais inclusivo, não se pode prescindir de estruturas especializadas para os casos mais graves, sob pena de se substituir a exclusão por uma negligência institucionalizada.

#### 7.1.2 Os efeitos da medida sobre o sistema carcerário comum

Um dos efeitos mais preocupantes do encerramento das atividades dos hospitais de custódia é o desvio dos indivíduos inimputáveis para o sistema carcerário comum. Embora inconstitucional, essa prática é cada vez mais frequente em razão da escassez de unidades específicas, da demora nas perícias e da ausência de articulação entre o Judiciário e a saúde pública.

Ao serem recolhidos aos presídios, os inimputáveis são tratados como presos comuns, mas não recebem nenhum atendimento psiquiátrico regular, tampouco acompanhamento terapêutico. Em muitos casos, são colocados em celas coletivas, o que aumenta o risco de agressões, suicídios ou surtos psicóticos sem resposta clínica adequada. A presença de internos com transtornos mentais graves em unidades penitenciárias fragiliza tanto a política de saúde quanto a de segurança pública.

Além disso, essa prática transforma o presídio em um espaço de depósito humano, ampliando a superlotação e os conflitos internos. Os servidores penitenciários não estão preparados para lidar com quadros clínicos agudos, e o sistema operacional, que já atua no

limite e em estado de colapso, vê-se sobrecarregado por uma função para a qual não foi concebido.

Trata-se, pois, de um processo de “trasinstitucionalização punitiva”, no qual o Estado, ao invés de extinguir a lógica manicomial, apenas desloca sua expressão para outra instituição igualmente excludente e violadora. A presença de indivíduos com transtornos mentais graves em presídios comuns agrava o colapso da saúde mental no sistema penitenciário. Stone alerta que “a exposição de psicopatas e psicóticos a ambientes violentos, sem acompanhamento adequado, contribui para a deterioração do quadro clínico e aumenta o potencial destrutivo do sujeito” (STONE, 2013, p. 196).

Além disso, esse tipo de reinstitucionalização promove uma convivência caótica entre diferentes perfis de detentos, gerando situações de risco tanto para o interno quanto para os agentes penitenciários. A ausência de protocolos diferenciados compromete o direito à saúde, à integridade física e ao tratamento compatível com a condição do preso, violando tratados internacionais ratificados pelo Brasil e a própria legislação nacional vigente, provocando, ainda, um agravamento do sofrimento institucional dos sujeitos considerados doentes mentais infratores.

### 7.1.3 A judicialização da saúde mental como reflexo da ausência de políticas públicas eficazes

A judicialização de uma política pública estrutural para a saúde mental forense tem levado à crescente judicialização da matéria. Famílias, profissionais da rede de saúde e até membros do Judiciário recorrem ao sistema judicial para obter providências que deveriam ser administrativas, como internações, perícias, transferências, liberações, acompanhamento ambulatorial, entre outras demandas.

A judicialização, nesse caso, não representa empoderamento dos direitos, mas sim um sintoma da falência das estruturas públicas. Quando o sistema precisa ser acionado por ordem judicial para garantir o mínimo de atenção a um sujeito inimputável, o que se revela é a omissão do Estado em suas funções mais básicas, que são cuidar, proteger e estruturar.

Além disso, o Judiciário não possui, por si só, capacidade técnica e orçamentária para gerir políticas de saúde mental. As decisões judiciais, muitas vezes bem-intencionadas, tornam-se ineficazes ou simbólicas diante da inexistência de serviços públicos capazes de executá-las. Cria-se um ciclo vicioso: determina-se o tratamento, mas não há vaga; recomenda-se a reinserção, mas não há suporte comunitário; autoriza-se a desinternação, mas não se estabelece o acompanhamento.

A judicialização da saúde mental, nesse contexto fatídico, revela a urgência de reconfiguração do papel do Estado. Longe de representar um avanço, isso é um reflexo da omissão administrativa. Pois em vez de garantir o acesso direto aos dispositivos de saúde, o sistema empurra o cidadão ao Judiciário como único meio de ter seus direitos assegurados e reconhecidos. Essa dinâmica contribui para o congestionamento das varas criminais e cíveis, desgasta emocionalmente as famílias e torna o tratamento dos inimputáveis uma questão de disputa processual – e não de saúde pública.

Como observa a jurista Silvia Pimentel, “a judicialização só é legítima quando se esgota a via política e administrativa; fora disso, ela se transforma em um vício institucional que oculta a falência do sistema” (PIMENTEL, 2017, p. 93). No caso da saúde mental forense, esse vício tem se tornado regra diante do vácuo deixado por gestores públicos que deveriam estruturar essa política. Para tanto, é indispensável que o poder público assuma a responsabilidade integral sobre os indivíduos em situação de vulnerabilidade psíquica e social, com políticas intersetoriais, orçamento próprio, transparência e fiscalização.

## 7.2 Efeito do fechamento nas reincidências violentas cometidas por inimputáveis e a responsabilidade estatal

O problema da reincidência entre inimputáveis não é apenas uma questão de falha pessoal ou diagnóstico psiquiátrico, mas sim o reflexo direto de um Estado que abandona o acompanhamento longitudinal. Como aponta Stanton Samenow, “o comportamento criminoso de um indivíduo com distúrbio mental não pode ser previsto ou prevenido apenas pelo diagnóstico; é necessário um monitoramento contínuo da conduta, do entorno e das escolhas morais que o sujeito faz” (SAMENOW, 2004, p.128). A ausência desse monitoramento gera reincidência não por fatalidade, mas por negligência institucional. Em muitos casos, a pessoa é liberada da medida de segurança com laudos superficiais, sem plano terapêutico de continuidade ou rede de apoio. Isso compromete qualquer perspectiva de reintegração e aumenta as chances de novos atos de violência.

A liberação de indivíduos inimputáveis, sem acompanhamento contínuo e rede de suporte adequada, configura uma forma de negligência institucional que pode resultar em tragédias com repercussões jurídicas, sociais e morais profundas. Quando o Estado reconhece a periculosidade do sujeito, e ainda assim opta por soltá-lo sem monitoramento, inevitavelmente

assume o risco de novos crimes e, com isso, deve arcar com as consequências jurídicas dessa omissão.

Casos emblemáticos ilustram esse problema. O mais conhecido é o de Francisco de Assis Pereira, o “Maníaco do Parque”. Mesmo com laudos indicando grave distúrbio de personalidade, Francisco foi considerado semi-imputável, condenado e, mais tarde, teve sua pena unificada, com previsão de progressão de regime. Em entrevistas posteriores, deixou evidente que não sentia remorso e mantinha fantasias violentas, confirmando a tese de que alguns sujeitos com distúrbios mentais graves não respondem ao tratamento tradicional e não podem ser liberados sem grave risco à coletividade.

Ilana Casoy, que estudou o caso a fundo, adverte que “a ausência de contenção nesses casos não é um ato de respeito à liberdade, mas um ato de descaso com a vítima em potencial. Quando o Estado solta alguém que sabe que pode matar de novo, assume, moral e juridicamente, a responsabilidade por isso” (CASOY, 2008, p. 215). A reincidência, nesses termos, deixa de ser um mero fato isolado e passa a ser um dano previsível, cuja ocorrência exige responsabilização estatal.

A Constituição Federal, no artigo 37, §6º, prevê a responsabilidade objetiva do Estado por atos comissivos e omissivos que causem danos a terceiros. Quando um inimputável é liberado sem plano terapêutico, sem vigilância médica e sem suporte institucional, e comete novo crime grave, configura-se uma omissão estatal qualificada. Trata-se de uma falha no dever de proteção, que atinge não apenas a vítima direta, mas todo o corpo social, gerando sentimentos de insegurança, impunidade e abandono.

O jurista Guido Palomba defende que “a cessação da medida de segurança só deve ocorrer após exame minucioso, baseado em dados comportamentais de longo prazo, e nunca por conveniência processual. Quando isso não é respeitado, o Estado vira cúmplice da reincidência” (PALOMBA, 2015, p. 88). A avaliação de risco deve ser técnica, interdisciplinar e atualizada, e não formal ou burocrática.

A jurisprudência brasileira começa a avançar nesse sentido. Em decisões recentes, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) reconheceu a sensibilidade do Estado por não ter internado compulsoriamente um paciente com histórico de violência que, em liberdade, matou sua ex-companheira. A Corte entendeu que havia elementos suficientes para justificar uma medida de segurança, mas que o Estado falhou em adotar providência adequada, configurando omissão causadora do dano.

Essa tendência jurisprudencial encontra eco na jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos, que estabelece que o Estado tem o dever de proteger a vida e a integridade dos cidadãos quando existirem sinais concretos e ignorados de risco. O caso “Ximenes Lopes vs. Brasil” (2006) reforça que a negligência institucional em ambientes de saúde mental, mesmo quando motivada por omissão, configura violação direta aos direitos humanos.

Por isso, é fundamental que o sistema de justiça e o Estado como um todo compreendam que o respeito aos direitos do inimputável não pode significar abandono da sociedade. A segurança pública e a prevenção de novas vítimas devem integrar o núcleo duro das políticas públicas de saúde mental forense. Medidas de segurança mal aplicadas ou encerradas sem critério técnico configuram falhas de Estado – e essas falhas devem ser reconhecidas, corrigidas e, quando causarem dano, indenizadas.

A responsabilização do Estado por reincidências violentas, portanto, não é um argumento contra a liberdade, mas sim a favor da gestão racional e criteriosa dela. Quando houver dúvida razoável sobre a capacidade do sujeito de conviver em sociedade, o Estado tem o dever de agir com prudência, resguardando não somente os direitos do interno, como também o direito à vida e à segurança social.

#### 7.2.1 Estudos comparativos sobre a desinstitucionalização

Experiências internacionais demonstram que o fechamento de instituições psiquiátricas forenses, quando mal planejado, pode resultar em aumento de casos de reincidência criminal. Estudo realizado na Itália, após a extinção dos OPGs (hospitais psiquiátricos judiciais), revelou um crescimento de reincidência em determinadas regiões, sobretudo entre indivíduos com diagnóstico de psicopatia e transtornos de personalidade antissocial que não receberam suporte adequado nas REMS (Residências para Execução de Medidas de Segurança) (DE VITO, 2019).

Essas informações reforçam que a periculosidade não desaparece com o fechamento de uma instituição, mas apenas muda de lugar. Segundo Stone, “indivíduos com transtornos de personalidade antissocial, especialmente psicopatas, possuem um padrão estável de conduta manipuladora, impulsiva e predatória, que não se desfaz com o tempo nem com tratamento ambulatorial genérico” (STONE, 2013, p. 180). A falha em identificar esses perfis e mantê-los sob contenção terapêutica adequada pode gerar tragédias recorrentes.

Na Inglaterra, que adota o modelo de unidades forenses especializadas em hospitais psiquiátricos de segurança média e alta, observou-se que a reincidência é menor quando há protocolos rígidos de avaliação de risco, revisão periódica das medidas e estruturação clara do

processo de transição para a liberdade. O sucesso dessas políticas depende diretamente da existência de profissionais treinados, infraestrutura adequada e comprometimento estatal com o acompanhamento de longo prazo.

No Brasil, faltam ainda dados estatísticos robustos sobre a reincidência específica de egressos de hospitais de custódia. Como observa o Instituto Sou da Paz, “não há um banco de dados nacional sobre egressos das medidas de segurança, tampouco acompanhamento sistemático do seu percurso clínico e social” (INSTITUTO SOU DA PAZ, 2021). Isso impede a formulação de políticas baseadas em evidências e torna impossível aferir a real eficácia do modelo substitutivo ao hospital de custódia.

Contudo, relatos de internos reincidentes após liberdade provisória, vide o próprio caso de Francisco de Assis Pereira, reincidente após laudos de cessação de periculosidade, expõem a fragilidade da rede e a dificuldade de prever riscos em ambientes comunitários, bem como levantam preocupação sobre a eficácia das medidas atualmente adotadas. Em muitos casos, a desinstitucionalização acaba por gerar “reinstitutionalizações” informais, seja no sistema prisional comum, seja nas ruas, por abandono e falta de suporte. Essa incerteza compromete o sentimento de segurança da população e gera reações legislativas e judiciais pautadas pelo medo, e não pela razão. À vista disso:

O Dr. E. Fuller Torrey, eminente psiquiatra de Washington, DC, criticou, com razão, a prática muito comum de “desinstitucionalização” – remover o indivíduo de alguma instituição de saúde –, que leva milhares de pacientes com doenças mentais hospitalizados a serem enviados para abrigos ou até mesmo para as ruas, prática que começou na década de 1960. Ele afirmou que os doentes mentais são responsáveis por cerca de 5% de todos os homicídios nos Estados Unidos. Muitos pacientes que receberam altas indevidas foram para situações piores do que se tivessem sido autorizados a permanecer em hospitais. Como outro exemplo da “lei das consequências não intencionais”, esse impulso supostamente humanitário foi um desastre. (STONE, 2018, p. 396)

Ademais, é importante reconhecer que a reincidência não está apenas ligada à gravidade do transtorno mental, mas também à ausência de suporte social, moradia, vínculos afetivos e acesso à saúde. A desinstitucionalização, sem políticas de base sólidas, expõe essas fragilidades, que acabam sendo absorvidas pelo sistema de segurança pública de forma reativa e emergencial.

### 7.3 Impactos na segurança pública e no sistema prisional

A ausência de alternativas efetivas à internação em hospitais de custódia tem pressionado outros setores do Estado, sobretudo o sistema prisional. Em diversas unidades da federação, indivíduos diagnosticados como inimputáveis estão sendo mantidos em presídios

comuns, muitas vezes em alas de observação, sem o devido tratamento médico e em completa violação à legislação brasileira e às convenções internacionais.

Essa realidade gera impactos negativos em dois níveis: primeiro, compromete a recuperação clínica do interno, exposto a um ambiente hostil e carente de tratamento especializado; segundo, afeta a segurança institucional, pois o comportamento imprevisível de alguns desses indivíduos pode gerar conflitos internos e aumentar os episódios de violência carcerária.

O sistema prisional, já colapsado, não possui condições de absorver a demanda de indivíduos com transtornos mentais, o que contribui para a superlotação e para a disseminação de problemas psiquiátricos em ambiente inadequado. O fechamento dos manicômios judiciários, sem a devida substituição, amplia essa sobrecarga e acentua as contradições entre saúde e punição.

Esse esvaziamento institucional de estruturas apropriadas tem feito com que os manicômios judiciários sejam substituídos, de maneira informal, por celas de presídios ou por esquinas da cidade. Trata-se de um fenômeno que Ilana Casoy chama de “abandono institucional travestido de liberdade” (CASOY, 2016, p. 144), pois a libertação do interno não vem acompanhada de nenhuma política de reinserção real.

Por outro lado, a liberação precoce ou não monitorada de pacientes com histórico de violência pode colocar em risco a segurança da população, como ocorreu em casos de reincidência de crimes graves. É necessário, portanto, um equilíbrio entre a proteção dos direitos fundamentais do indivíduo e a preservação da ordem pública. Tal equilíbrio somente será possível com avaliações técnicas rigorosas, revisão periódica das condições clínicas e uma rede de atenção integral e especializada.

Pois além do risco individual de reincidência, o fechamento não planejado dos manicômios judiciários pode provocar um colapso gradual dos fluxos entre Judiciário, saúde e segurança. Como pontua o jurista Renato Sérgio de Lima, “sem dispositivos claros de entrada, permanência e saída do sistema, se cria um labirinto burocrático em que o doente mental infrator circula entre delegacias, hospitais e presídios, sem que nenhum desses equipamentos tenha condições de acolhê-lo” (LIMA, 2022, p. 109).

Esse panorama contribui para uma percepção generalizada de insegurança, em que o Estado se mostra incapaz de cuidar e, ao mesmo tempo, de proteger; tanto o paciente quanto a comunidade. O fechamento dos manicômios judiciários, se não for tecnicamente muito bem

planejado, pode agravar significativamente a crise de confiança da sociedade nas instituições públicas.

### 7.3.1 As vítimas de criminosos com transtornos mentais como uma questão de saúde e segurança públicas

A discussão sobre o destino jurídico e institucional dos autores de crimes com diagnóstico de transtorno mental tende a priorizar, com razão, os direitos individuais do inimputável. No entanto, frequentemente a figura da vítima é invisibilizada no debate público e jurídico. Quando se trata de crimes de alto impacto, como os cometidos por psicopatas e assassinos em série, a memória das vítimas – e o risco para novas vítimas – precisa ocupar o centro do debate sobre a desinstitucionalização.

A obra “Vítima”, de Gary Kinder, retrata o caso real de Linda Coolley, brutalmente assassinada por um jovem com traços de psicopatia e distúrbios emocionais. Mais do que reconstruir os fatos do crime, Kinder oferece um olhar aprofundado sobre o sofrimento das famílias e a sensação de impunidade que emerge quando o sistema falha em isolar e conter criminosos perigosos. Como afirma o autor, “a vítima morre uma vez, mas a família morre aos poucos, soterrada pela impunidade, pela ausência de respostas, pelo medo de que aquilo se repita” (KINDER, 1980, p. 243).

Esse relato é representativo de uma realidade negligenciada. A política pública voltada à saúde mental não pode se estruturar apenas em torno do cuidado com o infrator, sem considerar os impactos sociais e emocionais de suas ações. As vítimas de crimes violentos cometidos por doentes mentais, em especial nos casos de reincidência, são duplamente vulnerabilizadas: pela violência sofrida e pelo discurso institucional que, muitas vezes, prioriza o agressor como sujeito de direitos, ignorando o dano irreversível por ele causado.

Nessa realidade, a contenção em ambiente seguro não deve ser considerada um retrocesso, pois cuida-se de uma resposta racional e proporcional à existência de um risco concreto. Os hospitais de custódia, desde que reformulados, têm papel fundamental não apenas na proteção dos próprios internos, mas também na preservação da integridade física e emocional de potenciais vítimas. Soltar um criminoso com histórico de violência sem rede de suporte é, além de imprudente, uma forma de negligência institucional – com o próprio sujeito e com a sociedade.

O próprio Gary Kinder alerta que “os tribunais muitas vezes ficam entre a pressão pela ressocialização e o peso das vítimas que não podem mais falar – e, quando erram, não é o

criminoso que sofre: é a sociedade” (KINDER, 1980, p. 301). Logo, o sistema penal e de saúde mental não pode se dissociar da responsabilidade ética e política de proteger possíveis vítimas, em especial nos casos de reincidência previsível. Desse modo, a construção de políticas públicas eficazes precisa levar em conta os direitos das vítimas, a prevenção de novos crimes e a responsabilização do Estado em caso de omissão. A lógica da liberdade assistida apenas é válida se e quando existem condições reais de tratamento e acompanhamento. Fora disso, o risco não é somente jurídico: é, sobretudo, humano. E irreparável.

### 7.3.2 O direito à proteção da sociedade como limitador à desinstitucionalização

A Constituição consagrou, em seu artigo 1º, III, a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República. Este princípio, embora muitas vezes invocado em favor da liberdade dos internos de hospitais de custódia, também deve ser aplicado à vítima, à sociedade e à coletividade em geral. Não deve haver hierarquia entre dignidades, mas, sim, a necessidade de ponderação e equilíbrio entre direitos fundamentais e potencialmente conflitantes.

A liberdade do inimputável, portanto, não pode ser tratada como valor absoluto, sobretudo em casos de risco concreto e reiterado de violência. Como reconhece a doutrina constitucional, os direitos fundamentais têm eficácia relativa e reciprocamente limitadora. Ingo Wolfgang Sarlet ensina que “a dignidade da pessoa humana, embora inviolável, deve ser compatibilizada com os demais direitos, inclusive com o direito à vida e à segurança de terceiros” (SARLET, 2019, p. 102).

No caso específico da desinstitucionalização de indivíduos com transtornos mentais de alta periculosidade, a ponderação se impõe entre dois núcleos de direitos: de um lado, o direito do interno à liberdade, à não discriminação e ao tratamento em ambiente comunitário; de outro, o direito da coletividade à segurança, à vida e à proteção contra riscos previsíveis. O artigo 144 da Magna Carta assevera que “a segurança pública é dever do Estado, direito e responsabilidade de todos”. Esse dispositivo vincula o Estado à obrigação de prevenir ameaças à ordem pública, inclusive aquelas originadas da omissão institucional na contenção de sujeitos perigosos.

A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF) tem reconhecido a legitimidade da privação de liberdade por razões de proteção social, desde que dentro dos parâmetros da legalidade, da proporcionalidade e da necessidade. No julgamento HC 110.303/SP, o STF decidiu que a cessação de medida de segurança somente é cabível quando comprovada, por perícia técnica, a eliminação da periculosidade. A ausência dessa prova permite a manutenção

da internação, mesmo após longo período, sem que isso configure violação automática de direitos fundamentais.

O relator da decisão, Ministro Gilmar Mendes, afirmou que “o Estado não pode se omitir diante de risco concreto à sociedade, especialmente quando dispõe de meios legais para agir. A liberdade do indivíduo não pode se sobrepor à vida de terceiros”. Essa compreensão é compatível com a jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos, que também reconhece a responsabilidade positiva dos Estados em proteger pessoas contra atos de terceiros, quando esses atos são previsíveis (*Campo Algodonero vs. México*, 2009).

Nesse diapasão, se ilustra o caso de Francisco Costa Rocha, denominado “Chico Picadinho”. Condenado inicialmente em 1966 pelo assassinato cruel de uma mulher, cujo corpo foi esquartejado, Chico voltou a cometer crime semelhante em 1976, quando já estava em liberdade. Após o segundo homicídio, foi novamente julgado e condenado, sendo posteriormente submetido a avaliação psiquiátrica que o classificou como portador de transtorno de personalidade grave, com fortes traços de psicopatia. Mesmo após o cumprimento de sua pena privativa de liberdade, foi mantido internado por medida de segurança, com base em laudos que atestavam sua periculosidade contínua.

A peculiaridade do caso está no fato de que Chico já ultrapassou, há décadas, o tempo correspondente à soma das penas impostas, mas continua internado por razões clínicas e de segurança. Sua manutenção em hospital de custódia evidencia o conflito entre a execução penal tradicional e a aplicação das medidas de segurança nos casos de inimputabilidade ou semi-imputabilidade combinadas com periculosidade permanente. Guido Palomba, ao analisar o caso, destaca que “criminosos com transtornos mentais permanentes de personalidade, como psicopatas e esquizoides violentos, não se enquadram na lógica progressiva da pena, pois seu risco persiste independentemente da duração do encarceramento” (PALOMBA, 2020, p. 153). O caso de Chico Picadinho ilustra a disfunção da política criminal quando tenta tratar psicopatas como réus comuns.

Chico Picadinho representa, portanto, uma exceção jurídica necessária: a manutenção de sua internação psiquiátrica após o cumprimento formal da pena penal, justificada por sua periculosidade reiterada, reafirma o valor preventivo das medidas de segurança bem aplicadas, sempre orientadas por laudos psiquiátricos consistentes e atualizados. Seu caso corrobora a tese de que o problema não é a existência dos manicômios judiciários, mas sim sua má gestão, estrutura ultrapassada e ausência de acompanhamento permanente – falhas que não justificam o fechamento dessas instituições, porém reforçam a urgência de uma reformulação.

Dessa forma, a desinstitucionalização de sujeitos considerados perigosos, sem estrutura de acolhimento técnico, equipe especializada ou plano de reintegração, não é uma política de direitos humanos, mas uma omissão disfarçada de avanço. Ela compromete o núcleo essencial de outros direitos fundamentais e viola o princípio da proteção da confiança legítima, pois retira da população a garantia de que o Estado exercerá seu dever protetivo de forma diligente. Em vista disso, é legítimo, proporcional e juridicamente defensável que o Estado mantenha hospitais de custódia reformulados, seguros e transparentes para os casos em que a liberdade do interno represente um risco à integridade alheia. Cuida-se de reconhecer que a liberdade exige estrutura, e que o seu exercício pleno depende da capacidade estatal de proteger a todos. Quando essa proteção falha, o sistema perde a sua razão de ser.

#### 7.4 Análise financeira do fechamento

Apesar do discurso recorrente sobre a economia de recursos públicos, o fechamento dos manicômios judiciários pode gerar, na prática, um redirecionamento de custos – e não, necessariamente, uma redução. Quando não há planejamento técnico, a desinstitucionalização pode aumentar os gastos em outras frentes, como no sistema prisional, na rede hospitalar de emergência, nas políticas de segurança pública e nos serviços de assistência social.

Como alerta o economista especializado em saúde pública André Medici, “a retirada de um paciente de uma instituição de longa permanência sem estrutura alternativa adequada representa, na verdade, uma transferência de despesa e não uma contenção orçamentária. E pode sair mais caro a médio e longo prazo” (MEDICI, 2015, p. 89). Assim, qualquer análise financeira séria deve considerar os impactos indiretos e os custos sistêmicos do fechamento.

O custo de manutenção de hospitais de custódia é elevado, considerando a demanda por vigilância 24h, estrutura hospitalar, equipe multiprofissional e segurança perimetral. Contudo, o argumento financeiro a favor do fechamento precisa ser analisado com cautela. Embora estruturas comunitárias como CAPS e residências terapêuticas exijam menor investimento direto, a complexidade dos pacientes egressos pode tornar sua manutenção também onerosa se não houver planejamento eficiente.

Estudos do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) apontam que o custo mensal médio por paciente em um hospital de custódia gira em torno de R\$ 7.000 (sete mil reais), considerando segurança, alimentação, equipe técnica e estrutura física. Já o atendimento em CAPS Álcool e Drogas III, com acompanhamento domiciliar e visitas técnicas regulares,

quando possível, tem custo inferior a R\$ 2.500 (dois mil e quinhentos reais) mensais. No entanto, isso apenas se aplica a casos leves e moderados, sem risco real à segurança pública, e, portanto, não levam em conta a necessidade de vigilância e monitoramento especializado no caso de pacientes de alto risco.

Para os pacientes de perfil clínico-forense mais grave, os custos de manutenção em unidades especializadas de segurança intensiva (como as REMS na Itália ou os hospitais forenses no Canadá) superam os R\$10.000 (dez mil) mensais – o que demonstra que o modelo comunitário não é, por si só, mais barato. A economia somente ocorre quando há triagem adequada e reinserção bem estruturada. Caso contrário, a ausência de contenção gera retorno ao sistema, uso indevido de leitos hospitalares de urgência e sobrecarga em múltiplos setores.

Além disso, quando a desinstitucionalização é mal estruturada, os custos indiretos aumentam: reincidência, aumento da violência, sobrecarga do sistema prisional e demanda judicial crescente por internações compulsórias. Tais externalidades custam caro ao Estado e à sociedade. Sendo assim, o fechamento pode ser economicamente viável apenas se acompanhado de investimento estruturado em residências terapêuticas, equipes especializadas, supervisão judicial contínua e articulação intersetorial. Sem isso, o que se apresenta como economia inicial pode se tornar um prejuízo mais grave no longo prazo.

#### 7.4.1 Perspectiva financeira de longo prazo

Apesar dos desafios, é possível vislumbrar benefícios econômicos reais no longo prazo caso o processo de transição seja conduzido de forma responsável. A substituição gradual dos hospitais de custódia por redes de atenção psicossocial qualificadas tende a reduzir internações desnecessárias, aumentar a rotatividade dos pacientes e diminuir o custo com judicialização da saúde mental.

A experiência internacional mostra que os melhores resultados econômicos surgem de modelos mistos, que combinam fechamento parcial de grandes instituições com a criação de unidades clínicas menores, distribuídas regionalmente. Esses modelos permitem atendimento personalizado, controle mais próximo da evolução clínica e custos proporcionais ao risco do paciente.

A médio prazo, pacientes reintegrados com sucesso têm menor chance de reincidência e menor dependência do Estado, o que se traduz em economia para os cofres públicos e melhoria na qualidade de vida geral da sociedade. Isso exige investimento inicial alto, mas sustentável — desde que com planejamento, monitoramento e avaliação de resultados.

Isso porque os prejuízos indiretos de uma má gestão do fechamento são substanciais: aumento da criminalidade violenta, gastos judiciais com ações de responsabilidade civil do Estado por omissão, judicialização em massa de pedidos de internação e superlotação de emergências psiquiátricas. Como destacou o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), “sistemas que não oferecem suporte especializado ao paciente forense transferem o problema ao sistema penal e à saúde pública geral, elevando os custos e violando direitos”.

É necessário também fomentar pesquisas econômicas específicas sobre o custo da desinstitucionalização em contextos forenses, algo ainda incipiente no Brasil. A ausência de dados concretos compromete a formulação de políticas públicas baseadas em evidências e pode abrir espaço para decisões ideológicas ou apressadas.

A lógica econômica, portanto, deve ser aliada à lógica jurídica, médica e social. Reduzir custos não pode ser o objetivo final, mas sim uma consequência positiva de uma política pública eficiente, ética e tecnicamente fundamentada. O fechamento de hospitais de custódia apenas trará benefícios econômicos se for parte de uma política racional, com centros substitutivos bem financiados, controle técnico e avaliação periódica. Fora disso, representa um risco fiscal e social.

## **8 PERSPECTIVAS FUTURAS PARA O SISTEMA PENITENCIÁRIO E DE SAÚDE MENTAL**

### **8.1 O fechamento dos manicômios judiciários à luz da Resolução 487/2023**

O fechamento dos manicômios judiciários, embora represente uma ruptura com práticas institucionalizantes e violadoras de direitos, impõe um desafio de igual complexidade: a construção de um modelo alternativo que seja ao mesmo tempo eficiente, ético, seguro e tecnicamente viável. As perspectivas futuras exigem uma reconfiguração profunda tanto do sistema penitenciário quanto da política de saúde mental, com foco na criação de soluções específicas para a interface entre loucura e crime.

À primeira vista, a Resolução se trata de uma medida alinhada com os direitos humanos e com o compromisso constitucional de superação de práticas excludentes. No entanto, ao analisar o seu conteúdo em conjunto com o cenário nacional da saúde mental, se percebe que sua aplicação esbarra em obstáculos concretos, vide a ausência de recursos financeiros

vinculados, a inexistência de dispositivos substitutivos compatíveis, a desigualdade regional na oferta de serviços e a falta de diálogo com os profissionais da saúde e do direito penal.

Ademais, a Resolução impõe aos municípios e estados responsabilidades que, na prática, não conseguem cumprir com a estrutura existente. O risco é transformar o fechamento dos manicômios judiciários em uma simples medida formal, sem efetividade prática, transferindo o problema de uma instituição estatal para um vazio institucional.

O caráter simbólico da Resolução nº 487/2023 não pode ser ignorado: ela carrega o peso de uma política pública que pretende marcar uma ruptura com práticas historicamente violentas. No entanto, como afirma Michel Foucault, o fim de uma instituição não significa a extinção de sua lógica. Em outras palavras, sem um novo modelo substitutivo, se corre o risco de que a mesma lógica de exclusão reapareça em formas mais disfarçadas – como nos presídios, nas ruas ou nos abrigos.

Assim, a Resolução do CNJ tende a ser mais simbólica do que efetiva, já que não é, por si só, suficiente para garantir os objetivos propostos se não for acompanhada de investimento real em infraestrutura, pessoal qualificado e articulação intersetorial. A sua efetividade depende, portanto, de um esforço articulado entre os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, com financiamento adequado e revisão legislativa profunda das medidas de segurança. Caso contrário, será apenas mais um instrumento normativo sem aplicabilidade concreta, como tantas outras políticas públicas já abandonadas no país.

## 8.2 O desafio da criação de unidades alternativas para o cumprimento de medidas de segurança

Uma das principais lacunas da atual política de saúde mental forense no Brasil é a inexistência de alternativas concretas e seguras ao modelo hospitalar. Enquanto os hospitais de custódia vêm sendo desativados de forma indiscriminada, não há sinal de que estejam sendo criadas instituições que possam, ao menos parcialmente, cumprir suas funções de forma reformulada, qualificada e eficaz.

Assim, o futuro da política penal e de saúde mental no Brasil exige a implementação das Unidades de Atenção Psicossocial de Segurança Intensiva (UAPSI), previstas em algumas diretrizes técnicas, mas ainda muito pouco aplicadas. Essas unidades teriam como finalidade o acompanhamento contínuo e intensivo de pacientes inimputáveis com transtornos mentais graves, cuja condição exige contenção clínica, mas sem o viés punitivo que caracteriza o modelo manicomial. Tal proposta já foi sugerida por grupos de trabalho ligados ao Ministério

da Saúde e ao CFM, mas ainda carece de regulamentação nacional e orçamento público vinculado.

Essas estruturas deveriam funcionar com equipes multiprofissionais (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, enfermeiros e técnicos especializados), articulação direta com o Judiciário e a Defensoria Pública, e com protocolos clínicos e jurídicos rigorosos, estrutura física adequada e equipe qualificada permanente. Além disso, poderiam abrigar indivíduos com alto risco de reincidência, que necessitam de acompanhamento contínuo e vigilância proporcional ao seu quadro clínico, sendo essas unidades pensadas justamente para garantir segurança e, ao mesmo tempo, um ambiente humanizado e terapêutico, rompendo com a lógica carcerária.

Outro ponto fundamental é a capacitação contínua dos atores do sistema de justiça penal. Juízes, promotores, defensores públicos e delegados precisam estar aptos a lidar com questões de saúde mental à luz de um modelo não punitivista, mas também não negligente. A produção de laudos psiquiátricos deve seguir critérios técnicos e éticos mais padronizados, com a inclusão de instrumentos reconhecidos de avaliação de periculosidade, como escalas estruturadas e entrevistas clínicas validadas. A atuação dos peritos psiquiátricos, muitas vezes fragilizada por falta de apoio institucional, deve ser valorizada como peça-chave da justiça penal contemporânea.

Paralelamente, o sistema penitenciário também deve ser reformulado para lidar com a saúde mental intramuros, visto que muitos indivíduos com transtornos mentais são enviados ao cárcere comum por ausência de alternativa institucional. A criação de alas psiquiátricas em presídios, com atendimento adequado e separado da massa carcerária, pode representar um avanço provisório — desde que seja medida excepcional, acompanhada de supervisão judicial e com vistas à transferência para ambientes mais adequados.

Como observa o criminólogo Rodrigo Ghiringhelli de Azevedo, “a judicialização da saúde mental não será superada por decreto ou resoluções, mas por estruturas concretas capazes de suportar, de forma contínua, o cuidado e a contenção dos casos mais graves” (AZEVEDO, 2020, p. 191). Sendo assim, o modelo das UAPSI, se bem implementado, pode representar esse novo paradigma.

Ademais, é necessário investir em tecnologias sociais e comunitárias de reintegração, como as residências terapêuticas forenses, os programas de inclusão pelo trabalho e a atuação de agentes comunitários de saúde mental. A reinserção não ocorre espontaneamente; é fruto de um processo estruturado e continuado, que envolve tanto o indivíduo quanto o tecido social ao

qual ele retorna. Políticas públicas devem prever incentivos à empregabilidade de pessoas com histórico de internação, campanhas de combate ao estigma e ações educativas nas comunidades.

No campo legislativo, é recomendável a revisão da atual sistemática das medidas de segurança prevista no Código Penal e no Código de Processo Penal. A legislação atual carece de dispositivos que estabeleçam limites temporais razoáveis, critérios mais objetivos para cessação da medida e obrigações concretas do Estado em garantir tratamento contínuo em liberdade. Uma proposta legislativa moderna deve equilibrar a proteção da sociedade com a proteção do paciente, fugindo tanto do punitivismo ilimitado quanto do garantismo irresponsável.

Finalmente, é imprescindível que o tema seja tratado com transparência e compromisso interinstitucional. A omissão do Estado no cuidado de indivíduos com transtornos mentais e histórico criminal não os torna invisíveis — apenas transfere o problema para as ruas, os presídios ou o submundo da negligência estatal. O futuro das políticas públicas nessa área depende do reconhecimento de que alguns casos exigem contenção e cuidado permanente, enquanto outros podem e devem ser reintegrados com autonomia e dignidade. Saber distinguir entre esses dois caminhos é o verdadeiro desafio das próximas décadas.

A superação do manicômio judiciário não se dará por exclusão pura, mas por reformulação radical de suas bases: de espaço de exclusão para espaço terapêutico; de prisão disfarçada para unidade de cuidado seguro. Como defende Michael H. Stone, “alguns indivíduos não podem ser libertos sem colocar em risco o outro – isso não é punitivismo, é responsabilidade social” (STONE, 2013, p. 240). O caminho é construir instituições que não violem, mas que também não se omitam.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre saúde mental e criminalidade, especialmente no contexto do fechamento dos manicômios judiciais, representa um dos dilemas mais complexos do sistema penal e da política de saúde pública brasileira. Ao longo desta monografia, analisou-se a trajetória histórica, jurídica e institucional das estruturas de custódia psiquiátrica, revelando um modelo marcado, por um lado, pela violação sistemática de direitos fundamentais e, por outro, por uma função inegável de proteção social e contenção de indivíduos cuja periculosidade é real e documentada.

A promulgação da Resolução nº 487/2023 do CNJ, ao instituir a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelecer o fechamento das instituições de custódia, representa uma ruptura simbólica e normativa com o modelo manicomial. Contudo, como exposto, sua eficácia depende não apenas de vontade política, mas da criação de alternativas concretas, seguras, sustentáveis e tecnicamente adequadas. A desinstitucionalização, se feita de maneira indiscriminada ou sem o respaldo estrutural necessário, pode agravar a vulnerabilidade dos pacientes, aumentar a reincidência e sobrecarregar ainda mais os sistemas de justiça e saúde.

Reconhece-se que os manicômios judiciais, ao longo do tempo, se tornaram ambientes de invisibilidade social, violência institucional e arbitrariedade jurídica. Todavia, não se pode ignorar que determinados indivíduos com transtornos mentais severos e comportamento criminoso sádico, como demonstrado por estudos psiquiátricos e casos emblemáticos nacionais e internacionais, não são passíveis de reintegração plena. A crença em uma ressocialização universalizada desconsidera a complexidade clínica e social desses casos, colocando em risco a própria população e contrariando o princípio da prevenção, que também orienta o Direito Penal e a ética médica.

A crítica mais contundente à proposta de fechamento dos manicômios judiciais reside na ausência de alternativas reais e seguras para o acolhimento de indivíduos com alto grau de periculosidade. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), embora essenciais na política de saúde mental comunitária, não possuem estrutura, pessoal nem preparo para lidar com pacientes forenses em situação de risco. A simples transferência desses sujeitos para a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), como preconiza a Resolução nº 487/2023, representa uma grave forma de desassistência institucional.

Além disso, o fechamento dos hospitais de custódia, sem a criação de unidades intermediárias ou de segurança intensiva, expõe a sociedade à possibilidade de reincidência de crimes graves e vulnerabiliza o próprio inimputável, que passa a circular entre instituições sem

perfil adequado: presídios, hospitais gerais e até mesmo a rua. Essa transinstitucionalização demonstra que o problema não é a existência do hospital em si, mas sim a sua precariedade histórica e a falta de vontade política para reformá-lo com base nos princípios da dignidade, da proporcionalidade e da segurança.

As experiências internacionais evidenciam que o êxito da desinstitucionalização está vinculado à existência de unidades especializadas intermediárias, que conciliam tratamento psiquiátrico intensivo com parâmetros de segurança pública. Nesse sentido, o futuro do sistema penal brasileiro exige a consolidação de estruturas próprias, como as Unidades de Atenção Psicossocial de Segurança Intensiva, que permitam respostas proporcionais e individualizadas conforme o grau de risco e o quadro clínico de cada sujeito.

Além disso, o sucesso dessa política depende da atuação interinstitucional entre Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, sistema de saúde e rede de assistência social. Não se trata apenas de fechar instituições: trata-se de redesenhar o tratamento jurídico e clínico do sujeito em sofrimento mental que cometeu um crime. Para tanto, é necessário investimento em políticas públicas permanentes, revisão legislativa da sistemática das medidas de segurança, formação de equipes multiprofissionais e superação do estigma que recai sobre esses indivíduos.

Conclui-se, portanto, que o fechamento dos manicômios judiciais, embora coerente com os avanços dos direitos humanos, não pode ser conduzido de forma simplista, ideológica ou desestruturada. É preciso distinguir entre os pacientes passíveis de tratamento comunitário e aqueles cuja periculosidade exige vigilância e cuidado constante. O desafio que se impõe à contemporaneidade é precisamente esse: construir um sistema que, sem abdicar da dignidade humana, reconheça os limites da ressocialização e assegure à sociedade uma política de justiça que seja, ao mesmo tempo, inclusiva, racional e responsável.

## REFERÊNCIAS

ARISTÓTELES. Ética a Nicômaco. Trad. Leonel Vallandro e Gerd Bornheim. 7. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1980. (Coleção Os Pensadores).

BATISTA, Nilo. Introdução crítica ao direito penal brasileiro. 17. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011.

BICALHO, Pedro Paulo Gastalho de; PITTA, Ana. Saúde mental e justiça criminal: o lugar da loucura no mundo jurídico-penal. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Relatório de Inspeções em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTPs. Brasília: CNJ, 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023. Dispõe sobre diretrizes para o fechamento dos manicômios judiciais no Brasil. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4684>. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Parecer CFM nº 2.154/2023. Fechamento dos Manicômios Judiciais. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/images/PDF/parecer2154\\_2023.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/PDF/parecer2154_2023.pdf). Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841. Organiza a Justiça do Império. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-82-18-julho-1841-561222-publicacaooriginal-84711-pe.html>. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Decreto nº 14.831, de 25 de maio de 1921. Cria um manicômio judicial no Distrito Federal. Diário Oficial da União, Brasília, 1921. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14831-25-maio-1921-518290-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Brasília, 1940.

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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 67, p. 2, 9 abr. 2001.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União, Brasília, 1984.

CARVALHO, Salo de. Medidas de segurança: uma questão criminológica. 5. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014.

CASOY, Ilana. Louco ou cruel?. 2. ed. São Paulo: DarkSide Books, 2015.

CASOY, Ilana. Serial killers: made in Brazil. 2. ed. São Paulo: DarkSide Books, 2016.

DOSTOIÉVSKI, Fiódor. Crime e castigo. Trad. Paulo Bezerra. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

FOUCAULT, Michel. A história da loucura na idade clássica. Trad. José Teixeira Coelho Neto. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2006.

FOUCAULT, Michel. O direito e a loucura. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

FOUCAULT, Michel. O sistema penal e a loucura. São Paulo: Perspectiva, 2005.

HOSPÍCIO DOM PEDRO II. Livro de Observação nº 1 – Serviço de Alienados Delinquentes. Disponível em: <http://historiaeloucura.gov.br/index.php/livro-de-observacao-n-1-servico-de-alienados-delinquentes>. Acesso em: 28 maio 2025.

HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO HEITOR CARRILHO. Disponível em: <http://www.historiaeloucura.gov.br/index.php/fundo-hospital-de-custodia-e-tratamento-psiquiatico-heitor-carrilho>. Acesso em: 28 maio 2025.

KINDER, Gary. Vítima: uma história real de crime e castigo. Trad. Luiz A. de Araújo. Rio de Janeiro: Record, 1994.

MALAGUTI BATISTA, Vera. Introdução crítica à criminologia brasileira. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2021.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. Curso de direito constitucional. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

MORAES, Alexandre de. Direitos humanos fundamentais. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MOREIRA, Juliano. Biografia. Arquivo Nacional. Disponível em: <https://mapa.an.gov.br/index.php/mapa/centrais-de-conteudo/producao/biografias/1037-juliano-moreira>. Acesso em: 28 maio 2025.

PALOMBA, Guido Arturo. A psiquiatria do mal: psicopatas e psicóticos no banco dos réus. São Paulo: Contexto, 2021.

PALOMBA, Guido Arturo. O homem que queria matar o tempo: histórias reais de um psiquiatra forense. São Paulo: Contexto, 2023.

PALOMBA, Guido Arturo; LALLI, Ernesto. Tratado de psiquiatria forense. São Paulo: Contexto, 2018.

SAMENOW, Stanton E. A mente criminosa: o que faz alguém cometer um crime. Trad. Cássia Zanon. São Paulo: Valentina, 2014.

SARLET, Ingo Wolfgang. Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988. 6. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

SCHECHTER, Harold. Serial killers: anatomia do mal. Trad. Bruno Gambarotto. São Paulo: DarkSide Books, 2015.

STONE, Michael H. Cruel: índice da maldade. Trad. Maria Clara Cardoso. Rio de Janeiro: DarkSide Books, 2018.

STONE, Michael H. Índice da maldade: a mente dos serial killers e o que faz um assassino se tornar cruel. Trad. Bruno Casotti. São Paulo: DarkSide Books, 2021.