REVISTA DA DEFENSORIA PÚBLICA
DEFENSORIA PÚBLICA ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
ISSN 2177-8116

EXTINÇÃO DE MANICÔMIOS EM UM ESTADO SEM HOSPITAIS DE CUSTÓDIA

EXTINCTION OF ASYLUMS IN A STATE WITHOUT CUSTODIAL HOSPITALS

EXTINCIÓN DE LOS ASILOS EN UN ESTADO SIN HOSPITALES PENITENCIARIOS

Mariana Ribeiro Lorenzi[1]

RESUMO

O artigo analisa a implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário no Estado de Roraima, unidade federativa sem Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ativos. Com o objetivo de compreender o ponto de partida das reformas institucionais previstas na Resolução nº 487 do Conselho Nacional de Justiça no Estado de Roraima, a pesquisa parte do conceito de circuito manicomial do cuidado para identificar a existência de práticas manicomiais em Roraima, seus discursos e tecnologias na execução penal, bem como as especificidades e desafios na atenção no redirecionamento das medidas de segurança e possíveis contribuições da Defensoria Pública do Estado de Roraima nesse processo.

Palavras-Chave: Saúde mental, desinstitucionalização, direitos humanos.

ABSTRACT

This paper analyzes the implementation of the anti-asylum policy of judicial system in Roraima, a brazilian federative unit that has no active psychiatric hospitals. Aiming to understand the dawn of the deinstitutionalization reforms previewed by the 487th Resolution of Conselho Nacional de Justiça in Roraima, it sets off from the concept of “asylum care circuit” to identify any asylum practices throughout speeches and technologies in criminal justice. Hence,it seeks to point out potential contributions of Defensoria Pública do Estado de Roraima in this process.

Keywords: Mental health, de-institutionalisation, human rights.

[1] Defensora Pública do Estado de Roraima. Mestre em Estudos de Gênero pela Universidade Paris VIII Vincennes-Saint Denis, Bacharel em Direito pela Universidade de São Paulo. marianarlorenzi@gmail.com.

REVISTA DA DEFENSORIA PÚBLICA
DEFENSORIA PÚBLICA ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
ISSN 2177-8116

RESUMEN

El artículo analiza la implementación de la Política Antimanicomial del Poder Judicial en el Estado de Roraima, una unidad federativa sin Hospitales de Custodia y Tratamiento Psiquiátrico activos. Con el objetivo de comprender el punto de partida de las reformas institucionales previstas en la Resolución nº 487 del Consejo Nacional de Justicia en el Estado de Roraima, la investigación parte del concepto de circuito manicomial del cuidado para identificar las posibles prácticas manicomiales en Roraima, sus discursos y tecnologías en la ejecución penal, así como las especificidades y desafíos en la atención en salud mental y las posibles contribuciones de la Defensoría Pública del Estado de Roraima en este proceso.

Palabras clabe: Salud mental, desinstitucionalización, derechos humanos.

Data de submissão: 29/01/2025

Data de aceite: 19/01/2026

1 INTRODUÇÃO

O artigo tem como objetivo a análise da implementação da Resolução n° 487, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), no estado de Roraima, Unidade Federativa na qual o redirecionamento da saúde mental e sua interface com o sistema penal possui várias especificidades, bem como apontar possíveis contribuições da Defensoria Pública do Estado de Roraima ao tema.

Dentre as especificidades de Roraima, o fato de o estado não possuir Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos (HCTP) ativos e poucos condenados em cumprimento de medida de segurança, bem como seu perfil demográfico distinto, dada a sua população expressivamente indígena e imigrante.

A edição da Resolução n° 487 pelo CNJ em 2023 visou a concretização dos pontos resolutivos da Sentença do Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, ao estabelecer procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n° 10.216/2001 que redirecionam o modelo assistencial em saúde mental no país.

Prevê a Resolução nº 487 do CNJ em seu art. 16, o prazo de nove meses para que seja efetuada a revisão individualizada dos processos judiciais

de execução de medida de segurança, com a avaliação da adoção de três possibilidades: a primeira, de extinção da medida em curso; a segunda, de progressão para tratamento ambulatorial em meio aberto e a terceira, de transferência para estabelecimento de saúde adequado.

Ademais, prevê ainda em seu art. 17, o prazo de quinze meses contados de sua entrada em vigor para a elaboração de a elaboração de Planos Terapêuticos Singulares (PTS) a todos os pacientes em medida de segurança internados em Hospitais de Custódia, instituições congêneres ou unidades prisionais, com vistas à alta planejada e à reabilitação psicossocial assistida em meio aberto.

Ainda, prevê em seu art. 18, o prazo de nove meses contados da entrada em vigor da Resolução para a interdição parcial de estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil e o prazo de quinze meses para a interdição total e o fechamento dessas mesmas instituições.

Tais prazos previstos pelos artigos 16, 17 e 18 foram estendidos pelo CNJ, que determinou nacionalmente o dia 28 de agosto de 2024 como data limite para o fechamento de estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico.

A despeito do inexpressivo número de pessoas em cumprimento de medidas de segurança e da ausência de HCTP ativos, é aventada a hipótese na qual as atuais condições do estado de Roraima não são indicativas de um processo descomplicado de implementação da Política Antimanicomial, ao revés, são indicativas de um longo caminho a percorrer.

Como método teórico para testar a hipótese, trabalhou-se a partir do conceito de “circuito manicomial do cuidado” formulado por Nunes, Torrenté e Carvalho. Adotando como premissa ser manicomial todo aparato técnico, jurídico e burocrático tendente à destituição da autonomia de pessoas em sofrimento mental, visou-se a identificação de dispositivos manicomiais vigentes no estado de Roraima. (Nunes; Torronté; Carvalho, 2022).

No capítulo 2, foi traçado breve panorama sobre a abordagem da deficiência nas ciências criminais. No capítulo 3, tratada a reforma psiquiátrica

e seus influxos no aparato legislativo brasileiro. No capítulo 4 foi descrito o atual estágio de implementação da Política Antimanicomial e analisada a existência de dispositivos manicomiais em Roraima. Ao fim, o capítulo 5 propõe meios de contribuição da Defensoria Pública do Estado ao tema.

2 A DEFICIÊNCIA E A LEGISLAÇÃO PENAL

A deficiência é um conceito histórico e contingente, o que se depreende da existência de pelo menos três paradigmas que tentaram explicá-la ao longo da história.

O primeiro paradigma foi o da "prescindência", no qual se conferia uma interpretação religiosa à deficiência, relacionando-na a uma espécie de pecado, possessão. Defendia-se, no contexto da crescente urbanização e da expansão da pobreza urbana, o extermínio das pessoas com deficiência, consideradas inúteis e prescindíveis.

No paradigma médico, emergente após a 2º Guerra Mundial, compreende-se a deficiência humana sob o ponto de vista científico e biológico. Nessa concepção, o sofrimento mental passa a ser entidade equiparada à doença, analisada a partir da intervenção clínica individual e das desigualdades do corpo.

O Modelo Social, paradigma inaugurado pela Convenção Internacional sobre Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, passa a compreender a deficiência como complexa, dinâmica e multidimensional, e abandona critérios essencialmente técnicos na sua definição. O deficiente é encarado enquanto sujeito de direitos, com ênfase à necessidade da sociedade de se adaptar, fazer ajustes e extinguir barreiras.

No pós-guerra, a crítica ao modelo asilar e seus usos degradantes ganha força com sua associação direta aos campos de concentração, período seguido pela revolução psicofarmacológica, sobretudo com o descobrimento da Clorpromazina, antipsicótico que viabiliza novas ferramentas para lidar com a saúde fora dos hospitais, viabilizando altas hospitalares.

A reforma psiquiátrica objetiva promover uma ampla reforma cultural, social e política nas abordagens de saúde mental, renovar o potencial terapêutico da atenção em saúde mental, liberando-na de suas formas de controle, coação e segregação, ao visar a criação de uma nova abordagem com as doenças através de uma perspectiva humanizadora (Rotelli; Leonardis; Mauri, 2011).

Em termos estritamente jurídicos, o art. 2º da Lei nº 13.146/2015 (Brasil, 2015) define pessoa com deficiência como aquela que possui impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

No direito penal a legislação reproduz uma concepção da doença mental e da loucura cuja expressão máxima culmina nas noções de inimputabilidade e periculosidade. A legislação não reflete o paradigma do Modelo social, o qual enfatiza a cidadania, autonomia e liberdade como preceitos fundamentais no tema da deficiência.

Segundo Jacobina, a forma ambígua segundo a qual a loucura é tratada pela legislação penal decorre do fato de discursos médicos e jurídicos historicamente terem seguido uma lógica de retroalimentação e disputa de competências (Jacobina, 2008, p. 46).

Isso porque em sua gênese, a medida de segurança não se dirigia somente às pessoas com transtorno mental, mas a jovens, vadios, moradores de rua, alcoólatras e delinquentes “habituais”, conforme arts. 78, inc. III, 88, 93, inc. II. “b” da redação original do Decreto-Lei nº 2.848/1940, o Código Penal. (Brasil, 1940).

O Código Penal não correlacionava inimputabilidade e periculosidade, admitindo que pessoas imputáveis fossem consideradas “perigosas”. Na redação original do art. 78 do Código Penal, dispunha serem consideradas perigosas pessoas “indesejáveis”: tais quais reincidentes, integrantes de “associação ou quadrilha de malfeitores”, condenadas por crime cometido em estado de embriaguez pelo álcool ou substância de efeitos análogos, dentre outras. (Brasil, 1940).

O conceito de periculosidade apresenta diversos problemas: não possui base científica, é empiricamente indemonstrável, nega o livre-arbítrio, viola o princípio da culpabilidade, desvincula a punição dos fatos praticados, bem como supõe um juízo sobre o futuro. Sua indeterminação normativa foi apontada pela Corte Interamericana de Direitos Humanos no julgamento do caso Fermín Ramírez vs. Guatemala.

Para Leopoldo Puente Rodríguez (2020, p. 188), a periculosidade não é uma realidade tangível, empírica, e, diferentemente da probabilidade, não é objetiva, em razão da sua natureza relacional e normativa (ser perigoso a algum efeito, e em determinada quantidade).

Segundo o autor, o perigo seria um juízo de probabilidade suficiente de lesão a bem jurídico aferido com base no grau de tolerância ao risco que se queira socialmente assumir. (Rodríguez, 2020, p. 121)

A imposição de consequências jurídicas a prognósticos futuros enseja ao “sujeito perigoso”, a imputação do custo da ausência de certeza normativa. Significa ainda, a imposição de sanção com base em um conhecimento não completamente disponível, dada a falibilidade dos prognósticos, que podem esconder falsos positivos. (Rodríguez, 2020, p. 134)

É dizer, o âmbito da periculosidade carece da presunção de inocência, verificada no terreno da culpabilidade. Se considerarmos a regra da presunção de inocência como regra de distribuição de erros, o juízo de periculosidade enseja consequência jurídica a casos de dúvida. (Rodríguez, 2020, p. 137)

Leopoldo Puente Rodríguez não propõe o abandono do conceito, ao revés, reivindica a construção de um conceito de periculosidade que assuma a sua falta de cientificidade e estabeleça de forma equilibrada e justa a distribuição de cargas entre o Estado e o indivíduo. (Rodríguez, 2020, p. 143)

Fruto do positivismo criminológico, a medida de segurança leva às últimas consequências o paradigma da defesa social ao impor a punição em razão da personalidade, e não em razão dos atos cometidos. Se inicialmente a periculosidade era atribuída a imputáveis e inimputáveis, verifica-se posteriormente a incorporação do adjetivo “perigoso” à figura do “louco”. (Caetano, 2018 p. 92)

A influência positivista faz-se notar na legislação brasileira, ao prever na redação original do Código Penal de 1940 o sistema do duplo binário, que admitia a aplicação cumulativa das duas espécies de punição: pena e medida de segurança em razão do mesmo fato.

No sistema do duplo binário, inicialmente adotado, a medida de segurança destinava-se não somente ao inimputável ou semi-imputável, mas a qualquer pessoa considerada perigosa. (Santos, 2020, p. 45)

Ao aportar no Brasil, o positivismo encontra a particular construção social da noção de cidadania brasileira, uma cidadania excludente, racializada, hierarquizada e juridicamente disciplinada. O discurso positivista abraça o racismo e produz uma versão legitimante das penas e medidas de segurança com forte viés racial no Brasil.

Foi portanto após a reforma da parte geral do Código Penal em 1984, com o abandono do sistema do duplo binário e sua substituição pelo sistema vicariante, o momento no qual a periculosidade passa a ser correlacionada à loucura e a medida de segurança destinada às pessoas com transtornos mentais que houvessem praticado um injusto penal e declaradas inimputáveis ou semi-imputáveis.

Em sua Exposição de Motivos, o Código Penal registra ser extinta a medida de segurança ao imputável e também a instituição do sistema vicariante para os fronteiriços, sem o retorno às soluções clássicas. Com a adoção do sistema vicariante, passa a vedar a aplicação de penas e medidas de segurança a mesma pessoa. (Brasil, 1940).

Segundo Jacobina, o resultado da reforma reflete uma espécie de “meio termo” entre a escola clássica e a escola positiva, em uma conciliação pragmática, ao manter, a culpabilidade como fundamento à responsabilidade penal, mas trazendo para seu interior o conceito de periculosidade, espécie de prognóstico futuro. (Jacobina, 2008, p. 130).

Atualmente, a medida de segurança desdobra-se em duas modalidades: a internação e o tratamento ambulatorial, ambas previstas no caput do art. 96 do Código Penal. A lei determina em seu art. 97 aos crimes puníveis com pena

de reclusão ser cabível a internação, e aos crimes puníveis com pena de detenção ser cabível, por sua vez, o tratamento ambulatorial.

Segundo a lei, distinguem-se as modalidades de medida de segurança quanto a interferência na liberdade: há a previsão de privação da liberdade na internação, executada em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) enquanto no tratamento ambulatorial, é omisso o Código Penal quanto a sua forma ou local de cumprimento.

Além disso, a legislação também admite a conversão de pena em medida de segurança no art. 183 da Lei nº 7.210/84 na superveniência de doença mental ou perturbação da saúde mental durante o tempo de aprisionamento, norma que parece contrariar o próprio sistema vicariante ao prever uma hipótese legal na qual a pena possa ser convertida em medida de segurança, comum ao sistema do duplo binário.

A decisão judicial que reconhece a inimputabilidade do agente consiste tecnicamente em sentença absolutória. Contudo, embora reconhecida a inimputabilidade e absolvido o agente, o Código Penal prevê a imposição da medida de segurança.

A pretexto de enquadrar as medidas de segurança enquanto medidas de caráter "meramente preventivo e assistencial" segundo a lógica da defesa social acolhida na Exposição de Motivos do Código Penal, a legislação permitiu a interpretação de que tais medidas admitissem duração indeterminada. Embora a função declarada, não significa que esteja sendo alcançada hoje.

Não obstante, é de difícil identificação o caráter terapêutico de medida imposta de forma coativa, unidisciplinar, por ordem judicial proferida por um juiz criminal, passível de ser cumprida em HCTP, equiparado a estabelecimento prisional pelo art. 99 da Lei nº 7210 de 1984, sem benefício algum a pessoa com transtorno mental.

Sob o disfarce de "sanção terapêutica" não punitiva, sedimentou-se controvérsia sobre a natureza jurídica e tempo de duração das medidas de segurança, vez que a Constituição veda em seu art. 5º, inc. XLVII as punições perpétuas. Controvérsia esta, apenas parcialmente solucionada com a súmula

nº 527 do STJ, que definiu como tempo máximo de duração a pena máxima abstratamente cominada ao delito praticado.

Posteriormente a edição da súmula nº 527, em 2015, o Supremo Tribunal Federal reconhece no Recurso Extraordinário nº 628.658 (Brasil, 2016), a natureza aflitiva das medidas de segurança, em reforço ao entendimento de sua natureza penal.

Ainda quanto às garantias constitucionais, as medidas de segurança também devem observar a proibição constitucional às penas crueis, disposta no art. 5º, XLVII alínea "e", bem como a vedação de tortura e tratamento humano e degradante, em seu art. 5º, inc. III, que proíbe indiretamente o uso injustificado e forçado de medicação psicotrópica, potencialmente perigosa e dolorosa.

Igualmente a contenção física desmesurada, quando não realizada com o escopo de prevenir danos que o paciente possa ocasionar a si mesmo ou a terceiros. Além disso, determina a Constituição Federal em seu art. 5º, inc. XLV "nenhuma pena passará da pessoa do condenado", motivo pelo qual aponta a doutrina o paradoxo em se admitir a punição a pessoa absolvida. (Jacobina, 2008 p. 99)

Conforme a redação da Constituição de 1988, as penas contém não só uma prescrição quanto a uma determinada quantidade de tempo, mas também um determinado limite de sofrimento, já que penas não podem inflingir tortura, tratamento desumano e degradante, nem tampouco violar o direito à saúde dos presos, o direito à educação e à assistência social.

3 A LIBERDADE É TERAPÊUTICA

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) se ocupam de pessoas consideradas pelo Poder Judiciário como perigosas, e segundo Jacobina, consistem em hospitais "no sentido medieval" do termo, isto é "centros não medicalizados de segregação da miséria humana". (Jacobina, 2008, p. 119)

A Lei nº 7.210/84 trata os HCTP em seu Título IV, ao lado dos estabelecimentos penais, acentuando a natureza de estabelecimentos penais e não de saúde. Historicamente, os manicômios judiciários são regulamentados desde a publicação do Decreto nº 1.132/1903, antes mesmo das medidas de segurança serem incorporadas ao ordenamento com Código Penal de 1940. (Caetano, 2018, p. 94)

É certo que o HCTP é um manicômio, ao unir o asilo de alienados à prisão, unificando os estigmas do criminoso e do louco. Contudo, o manicômio não é apenas um edifício, a estrutura física do hospital psiquiátrico e o isolamento por ele provocado, mas um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, códigos de referência culturais e de relações de poder estruturados em torno “da doença", que encontram injunção por meio do dispositivo conceitual da “periculosidade”.

Nas reflexões acumuladas por Patrícia Magno, a Defensora Pública menciona, por exemplo, o próprio exame de cessação de periculosidade, como um dispositivo manicomial ainda presente na legislação (Magno, 2017, p. 431).

A reforma psiquiátrica contesta a abordagem coativa e repressora como uma abordagem clinicamente eficaz. As bases da reforma psiquiátrica representam, portanto, uma negação quanto aos dispositivos que regulamentam a medida de segurança na legislação penal. (Prado, Schindler, 2017, p. 9)

Segundo Franco Rotelli, o objetivo da desinstitucionalização consiste no enriquecimento da eficácia terapêutica. Na experiência italiana, desmontar o manicômio se deu, através da utilização dos recursos existentes, com a mudança na gestão financeira e administrativa, disposição de serviços diretos às pessoas, individualização do serviço, autogestão, reforço à autonomia, e transformação na relação médico-paciente. (Rotelli; Leonardis; Mauri, 2011, p. 43).

Com a promulgação da Lei nº 10.216/2001, sobreleva-se o argumento da disciplina jurídica sobre a medida de segurança ter sido por ela derrogada, sob o argumento de a Lei nº 10.216/2001 ser aplicável a todos os pacientes,

indistintamente, tendo eles cometido ou não fatos descritos como crimes. (Jacobina, 2008, p. 108).

Em seu art. 6º, a Lei nº 10.216/2001 exige às internação psiquiátricas laudo médico circunstanciado, acarretando a necessidade de revisão do art. 97 do Código Penal, dispositivo no qual define-se a necessidade de internação com base no preceito secundário do crime praticado, e não no processo terapêutico. (Jacobina, 2008).

Discute-se se a Lei nº 10.216/2001 teria derrogado o art. 97 §§ 1º e 2º do Código Penal, que prevê prazos mínimos para o cumprimento da medida de segurança e os arts. 175 a 179 da Lei nº 7.210/84, que dispõem sobre a cessação da periculosidade, conflitantes com o princípio da utilidade terapêutica e a desinternação progressiva, previstos respectivamente no art. 4º §1º e art. 5º da Lei nº 10.216/01.

Embora pertinente o argumento da derrogação dos dispositivos concernentes às medidas de segurança na legislação pela Lei nº 10.216/2001, não parece que a tese venha prevalecendo na jurisprudência. Recentemente, no julgamento do HC nº 894.787/SP (Brasil, 2025), em 26/2/2025, o Superior Tribunal de Justiça esposou decisão na qual entendeu que o exame de cessação de periculosidade subsiste na legislação.

Na decisão proferida pela 6º Turma, o relator Ministro Sebastião Reis Júnior afastou a incidência da súmula 527 do STJ, da própria corte, em caso de sentença absolutória imprópria que previa o tratamento ambulatorial, entendendo ser a cessação da periculosidade condição essencial à desinternação no caso.

Ainda, em decisão monocrática proferida pelo Ministro Reynaldo Soares da Fonseca no AREsp n. 1.208.367 (Brasil, 2018), manifestou-se expressamente o Ministro no sentido da não derrogação dos artigos 96 e 97 pela Lei nº 10.216/2001.

É certo, contudo, que a Lei nº 10.216/2001 amplia o rol de direitos antes assegurados às pessoas com deficiência, e seu art. 2º expande as disposições do art. 99 do Código Penal. Dentre os novos direitos incorporados destaca-se o

consentimento informado e o direito à recusa do tratamento. (Caetano, 2018, p. 118).

Discute-se se a não recepção do conceito de periculosidade pela ordem constitucional, com base no art. 5º, inciso LVII, da CF ou mesmo em face do art. 14 da CDPD, o qual veda a privação de liberdade por motivo de deficiência, e foi incorporada com status de emenda constitucional. Apesar da Suprema Corte não ter se debruçado com profundidade sobre a periculosidade no controle concentrado, já reconheceu a inconstitucionalidade da perpetuidade da medida de segurança no controle difuso no HC 84219 (Brasil, 2005), de Relatoria do Ministro Marco Aurélio, julgado em 16/08/2005.

Ainda quanto ao controle concentrado, destaca-se estarem pendentes de julgamento perante o Supremo Tribunal Federal as Ações Diretas de Inconstitucionalidade nº 7389, 7454, 7566 e da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 1076 que têm por objeto a própria análise de constitucionalidade da Resolução nº 487 do CNJ.

No âmbito da jurisprudência internacional de direitos humanos, a periculosidade já foi considerada inconvencional no sistema interamericano, quando a Corte Interamericana, no caso Fermín Ramírez vs. Guatemala entendeu que o conceito inviabiliza o pleno exercício do contraditório e ampla defesa e decorre do direito penal do autor.

Em paralelo às antinomias na legislação ainda não solucionadas após a promulgação da Lei nº 10.216/2001, o Brasil é condenado em 2006 pela Corte Interamericana (2006) no Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, em razão da morte de Damião Ximenes Lopes, institucionalizado na Casa de Repouso Guararapes, durante uma internação psiquiátrica.

Dentre os pontos resolutivos da sentença condenatória emitida pela Corte Interamericana, determinou-se ao Brasil o desenvolvimento de um programa de formação e capacitação aos profissionais da psiquiatria, psicologia, enfermagem e todos aqueles que realizem atendimento de saúde mental, orientado pelos princípios no trato das pessoas com deficiência mental.

4 A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL EM RORAIMA

A assimilação da política está na fase de implantação, tendo ocorrido a publicação da Portaria TJRR/PR/GMF nº12/2024, ato normativo no qual foi instituído o Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário de Roraima (CEIMPA).

Segundo a Portaria, o CEIMPA compõe-se por doze instituições e órgãos diferentes, dentre as quais a Defensoria Pública, o Tribunal de Justiça, o Ministério Público, a Ordem dos Advogados do Brasil, o Conselho Regional do Serviço Social e Conselho Regional de Psicologia além de Secretarias de Saúde, Justiça e Cidadania, dentre outras.

Durante a elaboração do artigo, foi elaborado de Termo de Cooperação Técnica entre o Poder Judiciário e a Secretaria de Saúde do estado, órgãos municipais e instituições dos sistemas de saúde para viabilizar diagnósticos estaduais e pesquisas mais aprofundadas sobre a execução das medidas de segurança no estado, em análise pelas consultorias jurídicas dos órgãos envolvidos.

No âmbito da Defensoria Pública de Roraima, houve parecer jurídico sobre a minuta, apresentado pelo representante da Defensoria Pública no Comitê, Dr. Frederico Cesar Leão Encarnação, recomendando ajustes nas cláusulas de vigência e extinção, além de revisões periódicas para maior clareza. Após as alterações sugeridas, foi internamente recomendada a aprovação do termo e sua assinatura.

Foi observado, nesse estágio inicial, um cenário de cegueira estatística sobre dados referentes à população com transtorno mental com ingresso na malha carcerária. Em reunião do CEIMPA realizada em março de 2025 referiu-se a um quantitativo de 200 pessoas no sistema prisional em uso de medicação para tratamento de transtornos mentais, sendo apontada a necessidade de censo mais detalhado. (Roraima, 2025).

Não foi possível identificar nenhuma pesquisa quantitativa sobre a população com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei, ou relatório consolidado com o número de pessoas com transtorno mental

em cumprimento de pena aguardando atendimento no Hospital Geral de Roraima (HGR).

Essa lacuna foi identificada como uma necessidade prioritária nas reuniões do Comitê, que objetiva avançar no mapeamento dos dados estatísticos e compreende que a falta de dados representa obstáculo à implementação de políticas públicas adequadas, bem como compromete o planejamento de ações específicas.

Os dados quantitativos quanto ao número de pessoas em cumprimento de medida de segurança são pouco expressivos. Segundo o relatório de acompanhamento do CEIMPA, há menos de 10 pessoas em medida de segurança institucionalizadas. Não foi possível precisar o número de pessoas atualmente em execução de medida de segurança em meio aberto ou aguardando o seu início. (Roraima, 2025)

Apesar de não haver HCTPs ativos no estado, existe uma "ala específica" ou "Anexo da Saúde" no qual presos em cumprimento de medida de segurança permanecem dentro da Cadeia Pública Masculina em Boa Vista (CPMBV).

A implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário possui desafios, como a ausência de espaços adequados para internações provisórias de pacientes psiquiátricos no HGR, limitações estruturais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a resistência histórica à adoção de práticas antimanicomiais, sustentada por paradigmas institucionais consolidados que dificultam a transição para um modelo de atenção psicossocial humanizado.

Outro desafio consiste na tensão provocada entre a urgência da desinstitucionalização e a ainda insuficiente rede de atenção psicossocial e integração entre as redes de saúde, justiça e assistência social que, somada à escassez de profissionais especializados, como psiquiatras e equipes multidisciplinares, compromete a efetividade das reformas previstas.

Em síntese, foi brevemente descrito o ponto de partida da implementação da Política Antimanicomial em Roraima do ponto de vista institucional. Na sequência os subcapítulos 4.1 e 4.2 visaram identificação de

dispositivos manicomiais no estado, através da análise das perícias no processo de conhecimento e da execução das medidas de segurança.

4.1 O INCIDENTE DE INSANIDADE MENTAL EM RORAIMA

Quando houver dúvida a respeito da "integridade mental do acusado" o juiz, de ofício ou a requerimento, ordenará a realização do exame médico-legal, conforme art. 149 do Código de Processo Penal. Para auferir juízo de imputabilidade ou inimputabilidade, determina a lei ao juízo recorrer necessariamente ao saber psiquiátrico.

Uma vez admitido o incidente, o processo penal é suspenso, nomeado um curador ao acusado e dá-se início ao incidente de insanidade mental. O art. 150 do Código de Processo Penal prevê a internação em manicômio judiciário para a realização do exame. Jacobina critica duramente o dispositivo, em razão de sequer haver avaliação médica nesse momento, apenas a deflagração do incidente (Jacobina, 2008).

Concluído o exame, três podem ser as conclusões: a primeira, de que o acusado era inimputável ao tempo da infração, a segunda, de que a doença mental sobreveio à infração; e a terceira, de que o acusado não possui doença mental.

O Tribunal de Justiça de Roraima possui um convênio com uma clínica médica em Boa Vista que realiza os laudos do incidente de insanidade mental. Trata-se de uma junta médica composta por três médicos que realizam a avaliação dos pacientes de todo o estado.

Com a implementação da Res. nº 487 do CNJ, essa realidade deve ser alterada. O incidente de insanidade mental deve ser deixado de lado, para dar lugar a atuação da rede territorializada de atenção psicossocial.

Não foi possível verificar como é realizada a requisição do incidente nas comarcas do interior do estado, e em razão da difícil logística, distâncias e custos envolvidos, ao tudo indica, não há operabilidade para que réus de processos criminais fora da capital sejam submetidos ao incidente.

Como proposta, nas comarcas do interior nas quais a RAPS é muito fragilizada, poderia ser adotada como estratégia a utilização de dispositivos e recursos disponíveis da Rede Assistencial nas comarcas mais próximas, com a garantia de transporte aos pacientes e utilização das Equipes de Estratégia de Saúde da Família para encaminhamentos em casos mais complexos.

Há uma crítica a Resolução daqueles que entendem que a normativa teria transformado os operadores da rede de saúde pública instantaneamente em peritos, o que seria preocupante considerando a ausência de qualificação prévia sobre o tema. Não obstante, a crítica não procede: os profissionais da saúde continuam atuando dentro de sua competência, imprescindíveis a formulação e acompanhamento do Plano Terapêutico definido.

Em Roraima a perícia do incidente de insanidade mental deixe de possuir abordagem exclusivamente médica, sendo substituída por avaliação biopsicossocial, implementando-se o exame Multiprofissional e Pericial de Avaliação Psicossocial, sendo que há minuta de termo de cooperação que prevê a realização de avaliações conduzidas por equipes multiprofissionais.

4.2 O DESAFIO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Se a função terapêutica é fundamento das medidas de segurança, é evidente que a legislação previu algum benefício terapêutico à pessoa em sofrimento. A desinstitucionalização visa a persecução de tais benefícios terapêuticos por meio de serviços inteiramente substitutivos, sendo por este motivo mais ampla do que a mera desinternação.

A reforma psiquiátrica brasileira, culminou em transformações institucionais com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos, o Auxílio Reabilitação Psicossocial, bem como o conjunto de políticas, programas e normativas que possibilitaram relativa reorientação do modelo de atenção à saúde mental a partir de serviços substitutivos centrado no cuidado no território.

O Plano Terapêutico Singular (PTS) é o documento chave para a orientar o processo terapêutico, sendo produzido pela equipe de assistência da

internação de modo articulado com a RAPS e levado para dentro do processo de execução de medidas de segurança, com o objetivo de demonstrar que existe, no ethos dos profissionais da saúde mental a preocupação com a segurança da pessoa com transtornos mentais e de terceiros. (Magno, 2017)

Quanto a implementação da diretriz prevista no art. 17 da Res. nº 487, que trata sobre a elaboração dos Planos Terapêuticos Singulares para a reavaliação das pessoas em cumprimento de medida de segurança, o Poder Judiciário vem realizando a requisição dos documentos, sendo que já foram realizados oito PTS. (Roraima, 2025)

Em Roraima, a elaboração do PTS se dá por meio dos operadores da Secretaria da Saúde para os apenados institucionalizados e, para aqueles que estão em meio aberto, podem e devem ser elaborados pelos próprios CAPs. Quanto aos condenados cumprindo pena em meio aberto, todos os CAPs são aptos à elaboração do PTS.

Aliás, é bastante interessante não haver uma vocação específica dos CAPs maiores ou CAPs AD para a elaboração de PTS, o que permite às comarcas nas quais a Raps é menos estruturada meios de elaborá-los. Sendo o CAPs uma estrutura flexível e não burocrática, concebida enquanto serviço substitutivo, interdisciplinar e capilar, a sua atribuição para elaborar os PTS atende ao art. 11 parágrafo único da Res. 487 do CNJ.

Dispõe o art. 16 da Res. nº 487 sobre a avaliação da progressão ou transferência para estabelecimento de saúde adequado. Previamente a Resolução nº 487, o art. 101 da Lei nº 7.210/84 já disciplinava ser o tratamento ambulatorial realizado no HCTP ou em outro local com dependência médica adequada, havendo controvérsia sobre a usurpação de competência do Poder Legislativo neste ponto.

O mecanismo de revisão das medidas e progressão para tratamento ambulatorial em meio aberto ainda não está em curso em Roraima. De forma geral, como ainda não há fluxo processual definido, o tratamento em liberdade é permeado por vários receios, tais quais a descontinuidade do tratamento e o consequente agravamento do quadro clínico ou a ausência de estruturas residenciais adequadas a pessoas desinternadas sem referência familiar.

Como proposta a análise das progressões, poderiam ser cogitadas pelas Varas de Execução a utilização de audiências concentradas, a exemplo do que ocorre na seara da infância e juventude, na qual são realizadas as reavaliações de medidas protetivas e socioeducativas.

A indefinição sobre a forma de cumprimento de tratamento ambulatorial em certa medida se relaciona também com o processo incompleto de criação das Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas (EAP) no estado, medida prioritária do CEIMPA em Roraima, já que permanece indefinida a competência estadual ou municipal para institui-las.

As EAP têm como escopo o acompanhamento da pessoa com transtorno mental ou deficiência psicossocial em todas as fases do processo criminal, funcionando como dispositivos conectores ao apoiar ações e serviços na Rede de Atenção à Saúde, na Rede de Atenção Psicossocial, Justiça, PNAISP e assistência social.

Já foram realizados pedidos de conversão de medidas de internação para tratamento ambulatorial em casos específicos, com base nas diretrizes dos PTS realizadas. Contudo, a concretização da progressão ao tratamento ambulatorial depende ainda da estruturação dos serviços substitutivos do modelo do hospital psiquiátrico no estado.

De qualquer forma, a Defensoria deve, sempre que possível, apontar que nas sentenças de desinternação, em analogia ao que dispõe a súmula 493 do STJ, que veda a aplicação das penas substitutivas como condição ao regime aberto, serem também vedadas as imposições de parâmetros comportamentais incompatíveis com o quadro apresentado como condicionantes ao tratamento ambulatorial.

No plano normativo, os serviços substitutivos já existem e estão regulamentados: como exemplo, a Portaria Interministerial nº 628/2002 (Brasil, 2002) prevê a criação de “estruturas intermediárias” aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico que beneficiem a reintegração dos portadores de distúrbios psíquicos. A Portaria prevê, como forma de financiamento, a utilização de recursos do Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário.

Os Serviços de Atenção em Regime Residencial, juntamente com a Unidade de Acolhimento, integram a Atenção Residencial de Caráter Transitório da Raps, conforme dispõem os artigos 1º, inc. II da Res. nº 487 e 5º, IV da Portaria/SM nº 3.088 do Ministério da Saúde.

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) é um dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização de pessoas em sofrimento mental e consiste em residência criada para atender às necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves, longo histórico de internações psiquiátricas, cronificação dos quadros de saúde mental e socialmente excluídas de laços familiares e comunitários.

Ainda não houveram discussões nas reuniões do CEIMPA sobre a implementação dos SRT no estado ou sobre o financiamento dessas estruturas, ponto bastante problemático e central às pessoas institucionalizadas.

Quanto à implementação do dispositivo do art. 18 da Res. nº 487 do CNJ, apesar de encerrado o prazo previsto nacionalmente pelo CNJ, ainda está em funcionamento na CPMBV a ala “improvisada” destinada a presos em cumprimento de medida de segurança. O prazo foi estadualmente prorrogado pelo Conselho Nacional até 30/04/2025 no âmbito do Tribunal de Justiça de Roraima. (Roraima, 2025)

A ala foi implementada a partir de um Termo de Ajustamento de Conduta firmado entre o Ministério Público Estadual e o Poder Executivo durante a pandemia de Covid-19 e funciona atualmente como uma UBS dentro do estabelecimento prisional, atendendo pacientes diversos, incluindo aqueles com comportamento agressivo e que necessitam de acompanhamento especializado.

A continuidade de internações prolongadas na “ala psiquiátrica” da CPMBV deve-se não somente ao Poder Judiciário, mas também à ausência de uma rede adequada de alternativas terapêuticas em meio aberto para pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei e vem sido fiscalizadas pelo Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário do Estado de Roraima (GMF/TJRR) e pelo CEIMPA.

Sobre o improviso de “alas psiquiáticas” em presídios, a 6º Turma do STJ entendeu no HC n. 284.520/SP (Brasil, 2014) configurar constrangimento ilegal a prisão de inimputável sujeito à medida de segurança de internação, diante da ausência de vagas em estabelecimentos adequados, por ser de responsabilidade do Estado a manutenção destes, não podendo a pessoa em sofrimento ser penalizada pela insuficiência de vagas.

Além disso, a carência de fluxos processuais bem definidos e a insuficiência de recursos humanos especializados representam barreiras significativas à implementação de medidas de segurança em ambientes não institucionais, limitando a oferta de cuidados mais humanizados.

5 CONCLUSÃO

Através do esboço descritivo da atual fase da implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário em Roraima, foi possível identificar que há dispositivos manicomiais no estado de Roraima, a saber: i) o incidente de insanidade mental, ainda realizado a partir de perícia com abordagem exclusivamente médica; ii) ala de tratamento psiquiátrico improvisada dentro da Cadeia Pública Masculina de Boa Vista e o descumprimento do prazo previsto no art. 18 da Res. nº 487 do CNJ; iii) a persistência do conceito de periculosidade nas decisões judiciais, a despeito de se tratar de dispositivo conceitual desprovido de fundamento médico ou científico; iv) a crença difundida na impossibilidade em realizar a atenção em saúde mental em liberdade aos pacientes condenados, justamente sob a alegação de que são perigosos; v) a acomodação técnico jurídica na solução de perpetuidade das medidas nos casos de pacientes com grave dependência institucional, porque não há a estruturação das políticas públicas adequadas; vi) a ausência de .

A prevalência e efetividade dos direitos humanos é objetivo visado pela Defensoria Pública conforme art. 3º-A da Lei Complementar 80/94 (Brasil, 1994). Além disso, é missão institucional da Defensoria Pública, enquanto instituição defensora dos direitos humanos e *custos vulnerabilis,* o exercício da

defesa dos interesses individuais e coletivos de grupos sociais vulneráveis que mereçam proteção especial, conforme dispõe o art. 4º, inc. XI da LC 80/94.

Em termos propositivos, a Defensoria Pública do Estado de Roraima pode contribuir ao tema ao i) apontar a importância da implementação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Residências Inclusivas como meio de viabilizar processos de autonomia e reconstrução de vidas em liberdade, em observância ao art. 19 da CDPF a e art. 12 § 3º da Res. nº 487; ii) sugerir o georreferenciamento das redes de atenção à saúde e de assistência social e estruturação da Rede Assistencial de Saúde, com mapeamento de todas as unidades de saúde e capacidade operativa por região; iii) apoiar a capacitação aos profissionais da RAPS, visando tornar a elaboração do PTS rotineira nas unidades da saúde; iv) sugerir a adoção de rotinas de "audiências concentradas" pelas Varas de Execução Penal para análise das progressões ao regime ambulatorial, observando o art. 16 da Res. nº 487; v) apoiar e fiscalizar a implementação das Equipes de Avaliação e Acompanhamento (EAP) previstas na Portaria MS/GM nº 94/2014, vi) fiscalizar os prazos de implementação da política dispostos nos arts. 16, 17 e 18 da Res. nº 487 do CNJ; vii) apoiar a formação dos profissionais de saúde sobre a Política de Redução de danos, prevista na Portaria MS/GM nº 1.028/05.

A Defensoria Pública pode contribuir ainda viii) por meio do combate à desinformação sobre a Resolução nº 487, por ser instituição vocacionada a tanto, vez que é sua função institucional, nos termos do art. 4º, inc. III da LC 80/94, promover a difusão e a conscientização dos direitos humanos.

Os Defensores Públicos com atribuição nas Varas Criminais atuam na porta de entrada do sistema criminal, com destaque às audiências de custódia, e podem contribuir ix) através da requisição da elaboração dos PTS, em articulação com a saúde em nível territorial, inclusive para custodiados que possuam uso problemático de substâncias psicoativas. Defensores Públicos com atribuição nas Varas de Execução Criminal podem contribuir com na porta de saída do sistema prisional, xi) ao elaborar pedidos de desinternação conforme o art. 16 da Res. nº 487 do CNJ.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Diário Oficial da União: seção 1, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 26 fev. 2026.

BRASIL. **Lei nº 80, de 12 de Janeiro de 1994**. Organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e dá outras providências. 1994. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp80.htm. Acesso em: 16 abril 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 628, de 2 de abril de 2002**. Aprovar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do ANEXO I desta Portaria, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. 2002. Disponível em: https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/385/1/PRI_GM_2002_628.pdf. Acesso em 07 dez. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Habeas Corpus nº 84.219-4/SP**. Primeira Turma, Relator Ministro Marco Aurélio, julgado em 16/08/2005, publicado em 23/09/2005 p. 16, Vol. 2206-02, pp 285, 2005.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Habeas Corpus nº 284.520/SP**. Sexta Turma, Relator Ministro Rogerio Schietti Cruz, julgado em 3/4/2014, publicado em 22/4/2014. 2014.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de Julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Brasília, Diário Oficial da União de 7 de jul. de 2015. 2015. Disponível em: https://www.pla-nalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 26 nov. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 628.658**, Tribunal Pleno, Relator Ministro Marco Aurélio, julgado em 05/11/2015. Acórdão eletrônico, Repercussão Geral, Mérito divulgado 31/03/2016, publicado em 01/04/2016. 2016.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Agravo em Recurso Especial nº 1.208.367**. Relator Ministro Reynaldo Soares da Fonseca, publicada em 02/04/2018. 2018.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Habeas Corpus nº 894.787/SP**. Sexta Turma, Relator Ministro Sebastião Reis Júnior, Mérito julgado em 26/2/2025, publicado em 10/3/2025. 2025.

CAETANO, H. **Loucura e direito penal: pistas para a extinção dos mani-**

cômios judiciários. 2018. Tese de doutorado (Pós-Graduação em Psicologia). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/2018_t_HaroldoCaetanodaSilva.pdf. Acesso em 16 abril 2025.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Sentença do Caso Ximenes Lopes versus Brasil, de de 4 de julho de 2006**. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf. Acesso em: 08 dez. 2024.

JACOBINA, P. **Direito penal da loucura e reforma psiquiátrica**. Brasília: ESMPU, 2008.

MAGNO, P. E assim morre o exame de cessação de periculosidade…" In: Congresso Nacional de Defensores Públicos. In: **Livro de teses e práticas exitosas: Defensoria Pública:** em defesa das pessoas em situação de vulnerabilidade. Santa Catarina: Congresso Nacional dos Defensores Públicos, 2017. p. 431-443.

NUNES, M.O.; TORRENTÉ, M.; CARVALHO, P.A.L. O circuito manicomial de atenção: Patologização, psicofarmaceuticalização e estigma em retroalimentação. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 42, p. 1-14, 2022. DOI: 10.1590/1982-3703003241846.

PRADO, A. M.; S; SCHINDLER, D. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. **Revista Direito GV**, v. 13, n. 2. Maio-Agosto 2017.

RODRÍGUEZ, L. P. **Tratamiento penal del individuo imputable peligroso**. 2020. Tese (Doutorado em Direito) Faculdad de Derecho. Universidad Autónoma de Madrir. Madrid, 2020. Disponível em: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/693936/puente_rodriguez_leopoldo.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 18 abril. 2025.

RORAIMA. Defensoria Pública do Estado de Roraima. **Relatório 302/2025/SG/DPG, item nº 0668931 do Processo SEI nº 002593/2024.** 2025.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2011.

SANTOS, J. C. dos., T.P.P. **Análise dogmática das medidas de segurança:** fundamentos e perspectivas. 2020. Tese de Doutorado (Direito Penal, Medicina Forense e Criminologia). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2136/tde-22032021-223418/. Acesso em: 08 dez. 2024.