



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS (UFT) ESCOLA
SUPERIOR DA MAGISTRATURA TOCANTINENSE (ESMAT)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL E INTERDISCIPLINAR EM PRESTAÇÃO JURISDICIONAL
E DIREITOS HUMANOS**

ALLAN MARTINS FERREIRA

**A IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL NO PODER JUDICIÁRIO
DO ESTADO DO TOCANTINS**

Palmas/TO

2025

ALLAN MARTINS FERREIRA

**A IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL NO PODER JUDICIÁRIO
DO ESTADO DO TOCANTINS**

Dissertação apresentada ao Programa associativo de Pós-Graduação Stricto Sensu em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos, promovido pela Universidade Federal do Tocantins, por meio da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, e pela Escola Superior da Magistratura Tocantinense, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Tarsis Barreto Oliveira.

Área de Concentração: Cidadania, Diversidade e Acesso à Justiça.

Linha de Pesquisa: Instrumentos da Jurisdição, Acesso à Justiça e Direitos Humanos.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

F383i Ferreira, Allan Martins.

A implantação da Política Antimanicomial no Poder Judiciário no Estado do Tocantins. / Allan Martins Ferreira. – Palmas, TO, 2025.

235 f.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Prestação Jurisdicional em Direitos Humanos, 2025.

Orientador: Tarsis Barreto Oliveira

1. Política Antimanicomial. 2. Reforma Psiquiátrica. 3. Poder Judiciário. 4. Resolução CNJ nº 487/2023. I. Título

CDD 342

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

ALLAN MARTINS FERREIRA

**A IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL NO PODER JUDICIÁRIO
DO ESTADO DO TOCANTINS**

Dissertação apresentada ao Programa associativo de Pós-Graduação Stricto Sensu em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos, promovido pela Universidade Federal do Tocantins, por meio da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, e pela Escola Superior da Magistratura Tocantinense, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Tarsis Barreto Oliveira.

Data de Aprovação: 30/08/25

Banca examinadora:

Prof. Dr. Tarsis Barreto Oliveira
Orientador e Presidente da Banca
Universidade Federal do Tocantins – UFT

Prof^a. Dra. Fernanda Matos Fernandes de Oliveira Jurubeba
Co-Orientadora
Universidade Estadual do Tocantins - Unitins

Prof. Dr. Vinícius Pinheiro Marques
Membro Interno
Universidade Federal do Tocantins - UFT

Prof. Dr. Yuri Anderson Pereira Jurubeba
Membro Externo
Universidade Estadual do Tocantins - Unitins

Palmas/TO

2025

AGRADECIMENTOS

A construção deste trabalho, fruto em grande parte das ações desenvolvidas no Grupo de Trabalho Interinstitucional em Saúde Mental no âmbito do Poder Judiciário do Estado do Tocantins - GTI/TJTO e no Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial - CEIMPA/TJTO, é merecedora de reconhecimento a um coletivo de pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para o êxito da implantação da política antimanicomial no Estado do Tocantins e para o quase completo fechamento das celas destinadas a pessoas inimputáveis em presídios tocaninenses. Trata-se de uma etapa marcada por tragédias e apagamentos que precisa ser superada em breve.

Este é um trabalho interdisciplinar que me trouxe valiosos aprendizados, tanto como ser humano quanto como profissional. Assim, registro meus agradecimentos e dedico este trabalho, em primeiro lugar, aos servidores que estiveram diretamente ao meu lado e contribuíram para a construção deste relatório, em especial: Dorkas; Cristiane, minha assessora na Vara de Execução Penal (VPE), e Onair, pela dedicação e inestimáveis contribuições.

À professora Juliane, pelo apoio incondicional, parceria e pelas preciosas indicações de leitura e ao Brayan, aluno de psicologia da UFT. Aos colegas do Ministério Público, Tiago e Isabele, e aos da Defensoria Pública da União (DPU), Napociane, Fredy e Fabrício.

Aos amigos que se fizeram presentes na consolidação da Política Antimanicomial da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EPA): Helenilva, Karla, Mayra, Isabel e Dr. Danilo, e àqueles que permanecem, deixo uma advertência: o desafio apenas começou. Da DPU, agradeço a Igor e Arlete, cuja parceria foi extremamente proveitosa.

Do Conselho Regional de Medicina (CRM), registro meu reconhecimento ao Dr. Wordney e, da Junta Médica do TJ/TO, ao Dr. Sérgio Stela. Do COSEMS, ao Israel pela presença constante.

Da Secretaria de Estado da Cidadania e Justiça (Seciju), a Sandra Veloso e Gezza, além de Ana Paula, do Presídio Barra da Grota, pelas atuações inestimáveis. Do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), a Silvano e Weyla.

Da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins (SESAU-TO), ao secretário Carlos Felinto e ao Robson e Dra. Shirley, pela significativa contribuição. Da Prefeitura de Araguaína, à secretária de Saúde Ana Paula e a Aurélia, com agradecimento especial a Susana e a José da Guia.

Da Prefeitura de Araguatins, ao secretário de Saúde Ruy e à dedicada equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Residência Terapêutica, na pessoa de Delma.

Da Prefeitura de Gurupi, à secretária municipal de Saúde, Luana Nunes, e a Ricardo, sempre disponível para atender às nossas demandas.

Da Prefeitura de Palmas, ao prefeito Eduardo Siqueira, que viabilizou a abertura da Residência Terapêutica no município, à ex-secretária de Saúde, Ana Cristina, e à atual, Dhiene Camisnk; bem como à equipe diretamente envolvida nos trabalhos do comitê — Daniel, Tânia, Pâmela e Marluce Albuquerque.

À Marluce Oliveira, que colaborou nos primeiros passos deste projeto e incentivou meu ingresso no mestrado.

À Melina, grande entusiasta da Política Antimanicomial no Estado, e a Luiz Fernando Nigro, ambos membros do GTI Ximenes Lopes do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), pela presença constante em iniciativas voltadas à difusão da política em todo o território brasileiro.

Aos colegas juízes auxiliares, Arióstenis, pela participação ativa nas reuniões do CEIMPA, e Rosa Gazire, que, desde o início, ofereceu apoio integral às proposições encaminhadas à presidência.

À então presidente do Tribunal de Justiça do Tocantins (TJ/TO), Etelvina Sampaio, pelo apoio às iniciativas do GTI; à atual presidente, Maysa Vendramini, pelo incentivo e respaldo à política antimanicomial; bem como os desembargadores supervisores do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e de Execução de Medidas Socioeducativas (GMF), Pedro Nelson e, posteriormente, João Rodrigues, que indicaram meu nome para coordenar o GTI e o CEIMPA.

Ao meu orientador, prof. Tarsis Barreto, pela direção firme para a conclusão deste trabalho.

Por fim, dedico este trabalho à minha família: Sandra, Marcelo e Mayara; ao meu neto Lucas, que nasceu neste período e trouxe alegria ao nosso lar; à minha mãe, Ana, razão maior da minha existência; e a meu pai (in memoriam), cuja presença permanece viva em meus pensamentos.

RESUMO

Esta dissertação aborda a implantação da Política Antimanicomial no Poder Judiciário do Estado do Tocantins, tendo como marco regulatório a Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). O trabalho parte do diagnóstico da realidade nacional e estadual, destacando a situação de pessoas inimputáveis custodiadas em manicômios judiciais, alas psiquiátricas ou celas comuns, muitas vezes submetidas a condições desumanas e violações de direitos. a apresentar o processo percorrido para a implantação e o monitoramento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, em conformidade com a Resolução CNJ nº 487/2023, no estado do Tocantins. Nesse sentido, o estudo recupera o percurso histórico da psiquiatria, do modelo manicomial clássico até a Reforma Psiquiátrica brasileira e a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Analisa ainda os movimentos reformistas internacionais, a Lei nº 10.216/2001 e os princípios que consolidaram a atenção psicossocial em substituição ao hospital psiquiátrico. No Tocantins, a pesquisa evidencia os desafios e avanços obtidos a partir da Resolução CNJ nº 487/2023, como a criação do Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial (CEIMPA/TJTO), a atuação das Equipes de Avaliação Psicossocial (EAP-Desisnte), e a articulação com serviços substitutivos, como a residência terapêutica de Palmas. Foram descritos casos concretos de desinstitucionalização, dificuldades regionais e lacunas na rede de saúde. O documento conclui reforçando a necessidade de consolidar a política antimanicomial como política pública permanente, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e sustentada por uma atuação interinstitucional que garanta o cuidado em liberdade, o respeito aos direitos humanos e a dignidade das pessoas com sofrimento mental em conflito com a lei.

Palavras-chave: Política Antimanicomial; Reforma Psiquiátrica; Poder Judiciário; Resolução CNJ nº 487/2023.

ABSTRACT

The technical report addresses the implementation of the Anti-Asylum Policy in the Judiciary of the State of Tocantins, having as its regulatory framework Resolution No. 487/2023 of the National Council of Justice (CNJ). The work begins with a diagnosis of the national and state reality, highlighting the situation of non-imputable individuals held in judicial asylums, psychiatric wards, or common cells, often subjected to inhumane conditions and violations of rights. It presents the process undertaken for the implementation and monitoring of the Anti-Asylum Policy within the Judiciary, in accordance with CNJ Resolution No. 487/2023, in the State of Tocantins. In this regard, the study recovers the historical trajectory of psychiatry, from the classical asylum model to the Brazilian Psychiatric Reform and the creation of the Psychosocial Care Network (RAPS). It also analyzes international reformist movements, Law No. 10.216/2001, and the principles that consolidated psychosocial care as a substitute for psychiatric hospitals. In Tocantins, the research highlights the challenges and progress achieved following CNJ Resolution No. 487/2023, such as the creation of the State Interinstitutional Committee for Monitoring the Anti-Asylum Policy (CEIMPA/TJTO), the work of the Psychosocial Evaluation Teams (EAP-Desisnte), and the articulation with substitute services, such as the therapeutic residence in Palmas. Concrete cases of deinstitutionalization, regional difficulties, and gaps in the health network were described. The document concludes by reinforcing the need to consolidate the anti-asylum policy as a permanent public policy, linked to the Unified Health System (SUS) and supported by interinstitutional action that ensures care in freedom, respect for human rights, and the dignity of people with mental suffering in conflict with the law.

Keywords: Anti-Asylum Policy; Psychiatric Reform; Judiciary; CNJ Resolution No. 487/2023.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição dos Equipamentos – RAPS	47
Figura 2 – Primeira reunião para constituição do GTI/TJTO	133
Figura 3 – Segunda reunião do GTI/TJTO.....	136
Figura 4 – Terceira reunião do GTI/TJTO	137
Figura 5 – Quarta reunião do GTI/TJTO	138
Figura 6 – Quinta reunião do GTI/TJTO	139
Figura 7 – Sexta reunião do GTI/TJTO	140
Figura 8 – Sétima reunião do GTI/TJTO	142
Figura 9 – Sétima reunião do GTI/TJTO	143
Figura 10 – Nona reunião do GTI/TJTO.....	144
Figura 11 – Nona reunião do GTI/TJTO.....	145
Figura 12 – Termo de Cooperação	146
Figura 13 – Primeira reunião do CEIMPA/TJTO	152
Figura 14 – Segunda reunião do CEIMPA/TJTO	152
Figura 15 – Terceira reunião do CEIMPA/TJTO.....	154
Figura 16 – Quarta reunião do CEIMPA/TJTO	155
Figura 17 – Quarta reunião do CEIMPA/TJTO	156
Figura 18 – Quinta reunião do CEIMPA/TJTO	157
Figura 19 – Sexta reunião do CEIMPA/TJTO	158
Figura 20 – Sexta reunião do CEIMPA/TJTO	158
Figura 21 – Sexta reunião do CEIMPA/TJTO	159
Figura 22 – Sétima reunião do CEIMPA/TJTO	160
Figura 23 – Sétima reunião do CEIMPA/TJTO.....	160
Figura 24 – Oitava reunião do CEIMPA/TJTO	161
Figura 25 – Sétima reunião do CEIMPA/TJTO	162
Figura 26 – Sétima reunião do CEIMPA/TJTO	162
Figura 27 – Oitava reunião do CEIMPA/TJTO	163
Figura 28 – Instalação da RTP	164
Figura 29 – Assinatura do Termo.....	165
Figura 30 – Divisão das responsabilidades.....	165
Figura 31 – Reunião na Comissão de Intergestores Bipartite no dia 18 de outubro de 2023.....	166
Figura 32 – Reunião interinstitucional realizada no dia 29/09/2023 com a Gerência do	166

INSS e a Procuradoria Regional do INSS no Tocantins.....	
Figura 33 – Reunião interinstitucional com o Defensor Público - Geral da União e equipe no dia 29 de setembro de 2023	167
Figura 34 – Reunião interinstitucional dia 16 de outubro de 2023.	168
Figura 35 – Reunião interinstitucional dia 23 de novembro de 2023	169
Figura 36 – Reunião interinstitucional realizada no dia 27 de novembro de 2023 em Gurupi / TO.....	169
Figura 37 – Reunião interinstitucional realizada no dia 30 de novembro de 2023 em Araguaína/TO.....	170
Figura 38 – Visita técnica no dia 22 de janeiro de 2024 deste magistrado EAP) de São Luís/Maranhão e ao Hospital Nina Rodrigues.....	170
Figura 39 – Reunião no dia 29/01/2024 com o Secretário de Estado da Saúde do Tocantins para discutir sobre a implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário e criação de uma EAP para o devido acompanhamento das medidas de segurança do estado.	171
Figura 40 – Reunião no dia 20 de março de 2024 com o NUPEMEC e a Coordenadoria de Gestão Estratégica, Estatística e Projetos (COGES) do Tribunal de Justiça do Tocantins.	172
Figura 41 – Participação no dia 21/03/2024 na reunião do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) para falar sobre a implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, conforme a Resolução CNJ nº 487/2023.	173
Figura 42 – Reunião no dia 25 de abril de 2024 com representantes do Conselho Nacional de Justiça e outras instituições estaduais para discutir pontos para o avanço do cumprimento da política antimanicomial no âmbito estadual.....	174
Figura 43 – Reunião no dia 27 de maio de 2024 com o Núcleo de Formação de Aperfeiçoamento de Magistrados (NUFAM) da Escola da Magistratura Tocantinense (ESMAT).....	174
Figura 44 – Reunião no dia 06 de junho de 2024 com a Secretária Municipal de Saúde de Palmas para discutir sobre a implantação do Serviço de Residência Terapêutica em Palmas/TO.....	175
Figura 45 – Visita Técnica nos dias 8 a 12/07/2024 ao GMF e EAP de Fortaleza do Ceará e ao Manicômio Judiciário do estado.	175
Figura 46 – Formação.	180
Figura 47 – Seminário – Parte 1.....	181
Figura 48 – Seminário – Parte 2.....	182
Figura 49 – Seminário – Parte 3.....	182
Figura 50 – Formação – Parte 1.	184
Figura 51 – Formação – Parte 2.	184
Figura 52 – Levantamento – Raça/Cor.	187
Figura 53 – Levantamento – Socioeconômico Estimado.....	188
Figura 54 – Levantamento – Tipos Penais.....	189

Figura 55 – Levantamento – Internação.....	190
Figura 56 – Caso 1.	194
Figura 57 – Caso 2.	196
Figura 58 – Futuro espaço de instalação.	197
Figura 59 – Reunião – Modelo Humanizado.	205

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Reuniões do GTI/TJTO	133
---------------------------------------	-----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. LOUCURA, ALIENISMO, PSIQUIATRIA EM MOVIMENTO E SUAS REFORMAS.....	24
2.1 Antecedentes da ciência psiquiátrica: do grande internamento à Revolução Francesa	24
2.1.1 O aprisionamento da loucura pelo alienismo e as necessidades do Estado Liberal: a primeira reforma.....	25
2.1.2 Da primeira reforma psiquiátrica até a década de 1940 do século XX.....	27
2.1.3 As bases das Reformas da Reforma: Os movimentos reformistas europeus.....	31
2.1.4 Os movimentos reformistas europeus	33
2.1.4.1 <i>Comunidade Terapêutica</i>	33
2.1.4.2 <i>Psicoterapia institucional</i>	33
2.1.4.3 <i>A psiquiatria de Setor</i>	34
2.1.4.4 <i>Psiquiatria Preventiva</i>	34
2.1.4.5 <i>A Antipsiquiatria</i>	35
2.1.4.6 <i>Psiquiatria Democrática Italiana</i>	36
2.1.5 A emergência da Reforma Psiquiátrica no Brasil: rupturas, lutas e institucionalização do cuidado em liberdade	37
2.1.5.1 <i>A crise do modelo manicomial e a falência do hospital psiquiátrico</i>	37
2.1.5.2 <i>O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e a crítica ao saber psiquiátrico clássico</i>	38
2.1.5.3 <i>Conferências, Congressos e a mobilização político-institucional</i>	39
2.1.5.4 <i>A constituição dos princípios da reforma e a criação dos serviços substitutivos.</i>	40
2.1.5.5 <i>Conflitos, resistências e a institucionalização da reforma</i>	41
2.2 A Lei 10.216/01 – A Reforma Psiquiátrica brasileira	42
2.3 A Rede de Atenção Psicossocial	44
2.3.1 A RAPS no Tocantins.	46
2.3.1.1 <i>Vazios assistenciais generalizados</i>	51
2.4 A Equipe de Avaliação e Acompanhamento – EAP-Desisnte	52
2.4.1 Equipe de Avaliação Psicossocial EAP-Desisnte: fundamentação normativa.....	53
2.4.2 Atribuições da EAP-Desisnte e composição	54
2.4.3 Público alvo da EAP-Desisnte e sua ativação	55
2.4.4 Monitoramento, Financiamento e Cadastramento.....	56
2.4.5 EAP Desisnte - Tocantins.....	57

2.5 Contrarreforma psiquiátrica: restrições financeiras e o retorno da lógica hospitalocêntrica a partir de 2016.	58
2.6 A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência	59
2.6.1 Modelos de Compreensão da deficiência	60
2.6.1.1 <i>O Modelo de Prescindibilidade</i>	61
2.6.1.2 <i>O Modelo Médico</i>	62
2.6.1.3 <i>O Modelo Social</i>	63
2.6.2 A Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência e sua intersecção com a Resolução do CNJ nº 487/23	64
3.A POLÍTICA ANTIMANICOMIAL CONFORME A RESOLUÇÃO 487	69
3.1 Contribuições do Conselho Nacional de Justiça para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no sistema penal brasileiro antecedentes à Resolução 487...	69
3.2 Compreendendo a Resolução 487	73
3.2.1 Conceitos elementares	75
3.2.2 Princípios orientadores da resolução	76
3.2.2.1 <i>O respeito pela dignidade humana, singularidade e autonomia de cada pessoa e o acesso à Justiça em Igualdade de Condições</i>	77
3.2.2.2 <i>O respeito pela diversidade e a vedação a todas as formas de discriminação e estigmatização: interseccionalidades e vulnerabilidades</i>	79
3.2.2.3 <i>A proscrição à prática de tortura, maus tratos, tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes</i>	82
3.2.2.4 <i>Interesse exclusivo do tratamento com vistas à Reabilitação Psicossocial e à Inclusão Social</i>	84
3.2.2.5 <i>Do Suplício ao Cuidado: O Princípio da Saúde Integral e a Trajetória do Inimputável</i>	86
3.2.2.6 <i>A Necessidade de Parecer Médico e Psicossocial como Condição para Internações Psiquiátricas – ultima ratio</i>	89
3.2.2.7 <i>A articulação interinstitucional do poder judiciário</i>	90
3.2.2.8 <i>A Justiça Restaurativa como Diretriz da Política Antimanicomial: Reconstrução de Laços, Compromissos Terapêuticos e Direitos Humanos</i>	92
3.2.2.9 <i>Proibição do Encaminhamento a Entidades Religiosas e a Defesa da Laicidade na Política Antimanicomial</i>	94
3.2.2.10 <i>Territorialidade, Vínculos e a Superação do Paradigma Manicomial pela desinstitucionalização e mudança de objeto da psiquiatria</i>	95
3.2.3 Do Procedimento nas audiências de Custódia em casos que envolvam pessoa inimputáveis ou com indícios de sofrimento ou perturbação mental	
3.2.3.1 <i>A Audiência de Custódia no Brasil: Definição e Fundamentos, Regulamentação</i>	101
3.2.3.2 <i>Avanços, limitações e desafios do instituto</i>	102

3.2.3.4 Audiência de Custódia, Saúde Mental e Garantias Fundamentais: uma Análise dos Artigos 4º a 8º da Resolução CNJ nº 487/2023	104
3.2.4 Da aplicação das medidas de segurança: A Seção III da Resolução CNJ nº 487/2023 sob a Perspectiva da Reforma Psiquiátrica e do Direito Penal Democrático, Tratamento ambulatorial e internação	106
3.2.5 O tratamento em saúde mental no curso do cumprimento de pena (art. 15).....	108
3.2.6 Da Desinstitucionalização (Artigos 16 a 18-A)	109
3.2.6.1 Revisão de Processos para Desinstitucionalização (Art. 16)	110
3.2.6.2 Elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS) (Art. 17).....	111
3.2.6.3 Interdição e Fechamento de Estabelecimentos Psiquiátricos (Art. 18).....	111
3.2.7 Das Disposições Finais (Artigos 19 a 23)	113
3.2.7.1 Derivação para Justiça Restaurativa (Art. 19).....	114
3.2.7.2. Atribuições dos Grupos de Monitoramento e Fiscalização (GMFs) (Art. 20).....	114
3.2.7.3 Educação Permanente (Art. 21).....	115
3.2.7.4 Aplicação a Adolescentes (Art. 22).....	116
3.2.7.5 Suporte do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) (Art. 23).....	116
3.3 A Resolução 487 contestada judicialmente	117
3.3.1 A Ação Direta de Inconstitucionalidade proposta pelo partido PODEMOS – ADI. 7839-DF	118
3.3.2 A ADI 7454 proposta pela ABP	126
3.3.3 A ADI 7.566 proposta pela CONAMP	127
3.4 A ADPF 1076 proposta pelo partido político União Brasil	128
4. PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO POLÍTICA ANTIMANICOMIAL DO PODER JUDICIÁRIO NO ESTADO DO TOCANTINS: DESAFIOS E AVANÇOS.....	129
4.1 Grupo de Trabalho Interinstitucional em Saúde Mental no âmbito do Poder Judiciário do Estado do Tocantins - GTI/TJTO	132
4.2 O Termo de Cooperação Técnica Nº 35/2024 - TCO – no âmbito do estado do Tocantins.....	147
4.2.1 Objeto e Finalidades do Termo de Cooperação Técnica.....	148
4.2.2 Compromissos dos entes participantes	150
4.3 A Constituição do CEIMPA/GMF/TO.....	151
4.4 Outras reuniões complementares e decorrentes de deliberação das reuniões do GTI/TJTO	167
4.5 Ações formativas	176
4.5.1 Realização da Formação inicial de profissionais para a implantação da Política Antimanicomial no Sistema de Justiça no Estado do Tocantins, de 28 a 30 de agosto de 2024	176

4.5.2 Participação em Ação Formativa: I Seminário de Saúde Mental e Política Antimanicomial do Poder Judiciário de Roraima.....	180
4.5.3 Ações Formativas no Contexto da Política Antimanicomial no Sistema de Justiça do Tocantins (UFT).....	182
4.6 Estudo de casos representativos	191
4.6.1 <i>Relato de Caso – Processo de Desinstitucionalização de Paciente em Medida de Segurança</i>	191
4.7 Dificuldades e particularidades regionais na implantação da política antimanicomial no estado	197
4.8 Perspectivas futuras para o tratamento jurídico-penal de pessoas com transtornos mentais no Tocantins.....	203
5. PROPOSTA DE UNIDADE JUDICIAL ESPECIALIZADA.....	206
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	209
REFERÊNCIAS	212
APÊNDICES.....	219
ANEXOS	224

1. INTRODUÇÃO

Dos grandes problemas estruturais que o sistema prisional brasileiro vivencia, ao lado da superpopulação carcerária, encontra-se a questão não resolvida da custódia das pessoas em sofrimento mental que entraram em conflito com a lei, declaradas inimputáveis ou semi-imputáveis, e que se encontram em celas ou em Hospitais de Custódia e Tratamento. A essas pessoas sempre se dispensou, contraditoriamente, precária atenção à saúde mental, não lhes sendo assegurados direitos mínimos de dignidade, de saúde, de autonomia e de igualdade, imperando, ao contrário, o descaso, a invisibilidade e a desumanidade.

O Estado brasileiro, até aqui, ainda não foi capaz de resolver, a contento, nenhuma das duas situações apontadas. Neste relatório e pesquisa, cuidei da segunda questão: a dos inimputáveis segregados em celas ou manicômios judiciais e de como os comandos da Resolução nº 487 do Conselho Nacional de Justiça poderão contribuir para a mudança de seus destinos.

Dados da Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN) revelam que, em fevereiro de 2023, em todo o Brasil, havia 2.541 pessoas “internadas” em manicômios, alas psiquiátricas ou celas comuns, declaradas inimputáveis e absolvidas impropriamente (Brasil, 2023), mas relegadas a condições desumanizadoras. Situação semelhante já havia sido constatada no único e último censo realizado sobre essa população, sob a coordenação de Diniz (2013, p. 13), o qual identificou, à época, a existência de 3.989 homens e mulheres nos 26 manicômios pesquisados.

O estudo apontou ainda que uma em cada quatro pessoas não deveria estar sequer internada, que 47% permaneciam encarceradas sem fundamentação legal ou psiquiátrica, que 21% cumpriam pena além da estipulada em sentença e que 18 pessoas estavam custodiadas havia mais de 30 anos — limite máximo de privação de liberdade previsto no Código Penal então vigente, em contradição com o que já havia decidido o Supremo Tribunal Federal (Brasil, 2005).

Conforme dados recentes fornecidos pelo Conselho Nacional de Justiça (Brasil, 2024, p. 28), até abril de 2024 haviam sido desinstitucionalizadas 1.410 pessoas, número significativo que revela o compromisso do Sistema de Justiça com o fim dos manicômios judiciais.

No Tocantins, à época da publicação da Resolução nº 487, havia 22 pessoas inimputáveis custodiadas em celas comuns, distribuídas em cinco comarcas/presídios diferentes. Esses dados foram extraídos do Sistema Eletrônico de Execução (SEEU);

entretanto, os números oficialmente apresentados pela SENAPPEN — falhos em razão de serem alimentados por informações precárias das unidades prisionais — apontavam apenas 15 (quinze) pessoas pelo Relatório de Informações Penais (RELIPEN) no primeiro semestre de 2023. Mostrou-se, portanto, mais fidedigna a informação extraída do número de processos autuados no SEEU que estavam em curso naquele momento.

Foi sobre esse contingente que o Grupo Interinstitucional e este pesquisador se debruçaram, avaliando o diagnóstico, a realidade socioeconômica familiar, o território de cada um e as possibilidades do melhor tratamento, a fim de encontrar soluções adequadas para cada caso. O objetivo e a meta foram assegurar o cuidado em liberdade, criando condições para que equipamentos de saúde fossem implantados ou fortalecidos — como ocorreu com a Residência Terapêutica de Palmas, único meio possível de dar vazão ao contingente de pacientes que necessitavam desse equipamento e de encerrar definitivamente a institucionalização e manicomialização desses sujeitos.

Ressalte-se que permaneceu um grupo remanescente sem autonomia suficiente e que não pôde retornar ao convívio familiar por diferentes motivos: insuficiência socioeconômica, idade avançada daqueles que poderiam assumir os cuidados ou rompimento dos laços afetivos.

Atualmente, ainda há oito casos custodiados, cujos Programas Terapêuticos Singulares já foram elaborados pela Equipe de Avaliação Psicossocial (EAP) e pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de seus respectivos territórios. Esses casos deverão ser encaminhados para uma Residência Terapêutica, visto que os familiares não se dispuseram a acolhê-los. Entretanto, já se encontra concluída toda a estrutura necessária para que, no máximo em 60 dias, a Residência Terapêutica de Palmas seja inaugurada.

Trata-se de mais um trabalho a ser desenvolvido pela assistência social, voltado ao fortalecimento de laços, aliado aos dispositivos de Justiça Restaurativa — política judiciária relevante que incentiva a resolução de conflitos em espaços não jurisdicionais. Tais iniciativas e projetos já foram postos em prática por provocação do Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial (CEIMPA), aplicando-se especialmente aos casos daqueles que serão encaminhados à Residência Terapêutica.

A primeira seção foi dedicada à chamada Reforma Psiquiátrica, compreendida como o movimento iniciado por Philippe Pinel, que não apenas aprisionou a loucura, mas a transformou em objeto de uma nova ciência, criou o asilo, medicalizou a experiência e a caracterizou como doença mental.

Antes, porém, foi realizada uma breve passagem pela história da loucura, mesmo que de forma ligeira, a fim de compreender que nem sempre a loucura foi considerada sinônimo de doença ou de periculosidade inerente ao seu portador. Também nunca constituiu um conceito unívoco, mas sempre representou uma questão relacionada à forma como a pessoa se relaciona consigo mesma, com os outros e, em especial, como vê o mundo e como é vista por ele. Em determinados momentos históricos, a figura do louco podia ser retratada tanto como a de um grande líder quanto como a de um xamã (Matos, 2004, p. 68).

Dividimos esta seção em etapas e feitos históricos até chegar propriamente à Reforma Psiquiátrica brasileira. Foram abordados o entrecruzamento entre a psiquiatria e o direito e as novas bases científicas de natureza biologicista que se consolidaram nas primeiras décadas do século XX, refletidas no pensamento higienista e, posteriormente, eugenista. Desenvolveu-se uma leitura crítica acerca do encontro entre o pensamento positivista da antropologia, da sociologia e da criminologia com o nascimento da psiquiatria voltada às ciências naturais.

Destacamos, ainda, a fundação da criminologia positivista e a relação entre direito e psiquiatria, bem como as consequências da forte presença da eugenia na realidade internacional e brasileira. Nesse contexto, ganhou relevo a vinculação entre medidas de segurança e a noção de periculosidade como fundamento da sanção penal, concepção surgida em meados do século XIX, que alcançou reconhecimento na comunidade jurídica e médica na virada do século. Seu encosto legislativo pode ser identificado no Código Penal Suíço de 1893, consolidando-se posteriormente na legislação fascista de 1930, com o Código Rocco, o qual inspirou o Código Penal brasileiro de 1940.

Em seguida, foram abordadas as grandes reformas da psiquiatria na Europa e nos Estados Unidos, ao término da Segunda Guerra Mundial, momento em que se começou a questionar o modelo clássico reinante. A constatação inelutável de que os manicômios pouco diferiam das práticas existentes nos campos de concentração provocou mudanças significativas: na França, ainda durante a ocupação nazista; na Inglaterra, com as comunidades terapêuticas; nos Estados Unidos; e, finalmente, na Itália, onde se iniciou um rompimento radical com a psiquiatria e o modelo hospitalocêntrico, inaugurando um processo reformista de grande impacto.

Uma subseção foi dedicada à Reforma Psiquiátrica brasileira, seus antecedentes históricos, marcos fundantes, fundamentos e princípios. Entretanto, pela importância dos movimentos históricos que deram origem ao rompimento com o modelo asilar, iniciado durante a Segunda Guerra Mundial na França, destacaram-se também os desdobramentos

posteriores, denominados “reformas da reforma”. Na sequência, foi abordada a experiência brasileira, seus fatos determinantes, pressupostos e princípios fundantes, bem como a série de movimentos que perduraram do final da década de 1970 até a Constituinte. Foi nesse processo que se asseguraram as bases do Sistema Único de Saúde. Após dez anos de debates, emergiu a Reforma Psiquiátrica propriamente dita, rompendo-se com o sistema asilar e redirecionando o tratamento da saúde mental para um modelo substitutivo, tendo como referência os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Uma subseção é dedicada à Lei nº 10.216/2001. Outra à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com destaque para a realidade do estado do Tocantins, tratada em tópico próprio, no qual foram levantadas as dificuldades e os vazios assistenciais que ainda persistem e que constituem obstáculos ao êxito da política antimanicomial em nosso território.

Também foi dedicada uma subseção à Equipe de Avaliação Psicossocial para a Desinstitucionalização (EAP-Desinste), órgão fundamental para a implantação e continuidade da política antimanicomial, por ser responsável por articular o sistema de justiça, o sistema de saúde, a assistência social e o paciente judiciário submetido a medida de segurança.

Dedicamos ainda uma subseção ao que recentemente se convencionou chamar de “contrarreforma psiquiátrica”, compreendida como um movimento institucional de desmonte da Reforma Psiquiátrica, materializado na chamada Nova Política de Saúde Mental do governo federal, iniciada em 2016.

Por fim, para encerrar esta seção, foi incluído um tópico sobre a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), dada a relevância da temática e a íntima relação existente entre a Convenção e a Resolução nº 487 de 15 de fevereiro de 2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Realizou-se, nesse ponto, uma análise comparativa entre os modelos de deficiência e os textos da CDPD e da Resolução nº 487/2023.

Na seção seguinte, abordamos teoricamente a compreensão da Resolução nº 487, a qual foi alvo de críticas de parcelas conservadoras da psiquiatria, que nela vislumbraram uma possível ameaça à hegemonia da profissão. A Resolução foi examinada de acordo com a lógica em que está estruturada, em seções e capítulos.

Foi dedicada, ainda, uma seção específica à análise da Resolução nº 487/2023 em si. Iniciamos destacando a legítima atuação do CNJ nesse campo, ao estabelecer diretrizes e princípios que determinaram o fechamento de todos os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, bem como a desinstitucionalização das pessoas inimputáveis submetidas a

medidas de segurança atualmente cumpridas em celas ou alas psiquiátricas de presídios. Essa relevante iniciativa do CNJ, atrelada a uma política de atenção integral a essa população, impõe-nos o desafio de realizar a transição do modelo de atendimento manicomial para o modelo antimanicomial, pauta à qual nos dedicamos nesta pesquisa.

Na sequência, procedemos à análise de conceitos e definições, com especial atenção aos princípios da Reforma Psiquiátrica, a partir de uma leitura crítica fundamentada nos ensinamentos de autores que se dedicaram à temática, bem como de constitucionalistas e estudiosos da criminologia crítica. A análise seguiu o fluxo proposto pela própria Resolução: a Audiência de Custódia, a aplicação da medida de segurança, a desinstitucionalização e as disposições finais.

Na parte final da Resolução, foi dada ênfase ao trabalho interinstitucional e em rede, destacando-se o protagonismo do Poder Judiciário. Ressaltou-se, contudo, que esse protagonismo deve ocorrer de forma horizontal, na perspectiva de que o papel do Judiciário se configure mais como instrumento de coordenação dessa política pública e de articulação de parcerias do que como imposição de decisões judiciais verticalizadas. Deve-se, portanto, respeitar a opinião biopsicossocial dos atores responsáveis pela execução da política antimanicomial, assim como as escolhas do administrador público em relação às políticas de saúde mental possíveis em cada território.

Finalmente, em outra subseção, analisamos as contestações judiciais propostas contra a Resolução, registrando-se o ponto de vista do pesquisador acerca dos questionamentos. Todos se mostraram frágeis e incapazes de abalar a coesão e a validade da norma.

Na terceira seção, descrevem-se todas as ações empreendidas pelo GTI e pelo CEIMPA para a consolidação da política antimanicomial no estado do Tocantins, sempre por meio de construções dialógicas que envolveram todos os atores responsáveis pela consecução dessa política pública. Foram registradas as reuniões realizadas sob o comando do GTI, posteriormente transformado em CEIMPA. Destaca-se, nesse contexto, a assinatura do Termo de Compromisso Operacional (TCO), firmado em agosto de 2024 entre todos os entes envolvidos, considerado um dos produtos técnicos deste mestrado.

Da mesma forma, foram mencionadas as ações formativas realizadas sob a coordenação do CEIMPA, em parceria com a Escola Superior da Magistratura Tocantinense (ESMAT), a Universidade Federal do Tocantins (UFT) e a Secretaria Estadual de Saúde (SESAU). Dois casos marcantes de sucesso no processo de desinstitucionalização foram relatados: um referente ao acolhimento por familiares e outro ao acolhimento na Residência Terapêutica de Araguatins.

Ainda nessa seção, analisaram-se os desafios enfrentados no curto período de implantação da política antimanicomial no estado. Esses desafios, aliás, refletem as dificuldades próprias da Reforma Psiquiátrica como um todo, caracterizadas por avanços e retrocessos contínuos. Entre os maiores obstáculos, destacam-se: o processo de convencimento de todos os parceiros — especialmente daqueles que atuam na linha de frente dos serviços, a ausência da EAP-Desinste e as fragilidades da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Na análise dos casos concretos, verificaram-se diagnósticos duvidosos. Contudo, diante do trânsito em julgado das decisões que homologaram os laudos de inimputabilidade, não havia mais possibilidade de revisão. Não seria plausível, após a submissão de indivíduos a medidas de segurança de internação/prisão, cujo início era definido, mas cujo fim permanecia incerto, reavaliar o diagnóstico e considerá-los imputáveis.

A análise evidenciou também a inexistência de tratamento adequado, uma vez que essas pessoas sempre foram tratadas como prisioneiros invisíveis — marcados pela doença e pela ausência de direitos de cidadania e processuais, como limites para as medidas de segurança, progressão de regime, indulto ou comutação de pena.

Na prática, permaneciam quase todos à espera: alguns de uma morte natural, outros de alcançar o tempo máximo em abstrato da pena prevista, conforme interpretação dada pelo Supremo Tribunal Federal em 2005. Em outras palavras, a realidade observada traduzia-se em desesperança, desilusão, ausência de futuro e injustiça.

A análise detalhada dos casos revelou, ainda, a existência de pacientes reclusos havia mais de 15 (quinze) anos, sem qualquer perspectiva mínima de saída.

A verdade é que o Poder Judiciário deve estar preparado para acompanhar, doravante, o tratamento de saúde dos inimputáveis em rede comunitária, no que o Conselho Nacional de Justiça denominou Política de Atenção Integral. A internação em leito psiquiátrico deve ser medida excepcional, não se admitindo mais longos períodos de reclusão; quando necessária, deverá restringir-se ao tempo estritamente suficiente para a contenção de crises e a estabilização clínica do paciente, a fim de possibilitar o retorno ao convívio social.

Portanto, será dever do Poder Judiciário, do sistema de saúde e da assistência social realizar acompanhamento próximo e contínuo de todos os pacientes judiciários, até que não subsista mais interesse em manter a pessoa com sofrimento mental em conflito com a lei vinculada indefinidamente a um processo criminal. Nesses casos, deverá operar-se a extinção da medida de segurança.

O presente relatório destina-se, assim, a apresentar o processo percorrido para a implantação e o monitoramento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, em conformidade com a Resolução CNJ nº 487/2023, no estado do Tocantins. Trata-se de uma medida definitiva, que não admite retrocessos, apesar das tentativas já verificadas.

Nessa perspectiva, refletir sobre a institucionalização da Política Antimanicomial no Poder Judiciário do Tocantins implica construir um alinhamento com a Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001 e com as iniciativas desenvolvidas no campo da saúde mental no Brasil, validando resoluções nacionais e normas de direito internacional voltadas à organização de uma saúde pública que assegure o cuidado em liberdade e o bem-estar das pessoas com sofrimento mental.

Desse modo, propor ações em saúde mental para pessoas que tiveram algum conflito com a lei, em conformidade com os dispositivos do Sistema Único de Saúde, possibilita o exercício dos direitos humanos pela via do cuidado, por meio da articulação entre serviços de saúde e de assistência social. Assim, confere-se protagonismo aos serviços de atendimento e ao mesmo tempo insere-se o Poder Judiciário como parte integrante do processo.

Convém ressaltar que todas as ações voltadas ao processo de implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário estão sendo desenvolvidas e fomentadas no âmbito do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas do Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins (GMF/TJTO), do qual este magistrado é membro, exercendo a função de Coordenador do Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial (CEIMPA/TJTO).

2. LOUCURA, ALIENISMO, PSIQUIATRIA EM MOVIMENTO E SUAS REFORMAS: PONTO DE CHEGADA A REFORMA PSIQUIATRICA BRASILEIRA

A trajetória da Reforma Psiquiátrica constitui um percurso complexo, marcado por críticas, desconstruções e pela invenção de novos paradigmas de cuidado em saúde mental. Pode-se afirmar que, desde que a medicina se apropriou da loucura — a começar pelo alienismo de Philippe Pinel até a fundação formal da psiquiatria, com a aprovação da Lei de 1838 na França —, o processo reformador esteve presente, ainda que o pêndulo da história psiquiátrica e de suas transformações tenha oscilado de forma lenta e gradual.

Compreender seus antecedentes teóricos exige uma análise histórica que remonta ao século XVII, com o surgimento dos hospitais gerais; atravessa o século XIX, com a institucionalização do modelo asilar; e alcança as radicalizações ocorridas no século XX. Em linhas gerais, serão abordadas: as funções dos hospitais gerais do século XVII; o estabelecimento da psiquiatria pineliana no século XIX; sua inserção e consolidação no Brasil, a partir do século XIX até a década de 1940; e as subsequentes “reformas da reforma”, expressão cunhada por Paulo Amarante, que emergiram a partir de meados do século XX. O percurso analítico culmina na Reforma Psiquiátrica brasileira, examinando seu contexto, evolução, encontros, resistências e aprovação.

2.1 Antecedentes da ciência psiquiátrica: do grande internamento à Revolução francesa

Nem sempre a loucura foi tratada como doença, tendo-se consolidado como tal apenas no final do século XVIII e início do século XIX. Antes disso, era interpretada de maneiras diversas, a depender do contexto cultural e histórico. Na filosofia, a loucura se traduzia na forma como a pessoa se relacionava consigo mesma e com os outros, bem como na maneira como interpretava o mundo à sua volta e era, por sua vez, interpretada pela sociedade.

Desde a chamada “Grande Internação” — expressão cunhada por Foucault a partir da metade do século XVII, os insanos passaram a ser recolhidos às salas dos Hospitais Gerais, misturados a pobres, desempregados e correicionários. Essa medida foi justificada pela grande crise econômica do início daquele século, passando a loucura e o louco a serem vinculados ao internamento. Esse ambiente tornava-se seu local “natural”, em razão de sua suposta inutilidade e de sua falta de aptidão para o trabalho, situando-o à beira do pecado e aparentado ao devasso, transformando-o em um ser sociologicamente neutralizado, mas culpabilizado pela exigência da sociedade (Foucault, 2024). Tratava-se, afinal, de um espaço de exclusão.

Nesses locais eram acolhidos ou enviados os pobres — válidos ou inválidos, curáveis ou não, considerados ameaça à lei e à ordem social, por vontade própria ou por determinação real ou judicial. Os Hospitais Gerais organizavam-se como estruturas semi-jurídicas, cujos diretores detinham poderes de decidir, julgar e executar, contando com celas, aparato repressivo e prerrogativas absolutas, sem direito a apelações externas (Foucault, 2000, p. 48). O enclausuramento, entretanto, não era correlativo ao hospital moderno, medicalizado e governado pelo médico (Amarante, 2011, p. 26).

Curioso observar que, no Brasil, como será visto adiante, no início do século XX — quase três séculos depois, a história se repetiu de modo bastante semelhante ao que ocorrera na Europa, igualmente em decorrência de severa crise do modelo socioeconômico, aqui agravada pelo racismo e pelo desemprego. Os manicômios passaram a funcionar como depósitos de pessoas, nos quais também se amontoavam uma massa de escravos libertos que, tornados vadios, desempregados e considerados loucos, eram recolhidos.

Cento e cinquenta anos após o início da chamada Grande Internação, sem que houvesse mudanças significativas no trato da loucura, das prisões e dos crimes, na Europa — especialmente na França, já no final do século XVIII e início do XIX, no período revolucionário e imediatamente posterior, as Casas de Internação foram praticamente suprimidas, restando nelas apenas os loucos.

Isso decorreu da decisão tomada pela Assembleia Constituinte, em 27 de março de 1790, que, em seu artigo 9º, decretava o fim das *lettres de cachet*. Concedia-se o prazo de três meses para que as pessoas internadas por demência fossem interrogadas por juízes e, posteriormente, avaliadas por médicos, sob a supervisão dos diretores de distrito, para que recebessem tratamento ou fossem colocadas em liberdade.

Conforme Castel (1991, p. 7), a partir desse momento, “a administração real, o aparelho judiciário e a família, que tradicionalmente repartiam entre si o controle dos comportamentos não conformes”, deixaram de poder recorrer ao instrumento das *lettres de cachet*, extinto pelo advento do legalismo. A ruptura da antiga base da legitimidade política fez nascer uma nova ordem para o trato da loucura.

2.1.1 O aprisionamento da loucura pelo alienismo e as necessidades do Estado Liberal

Foucault (2024, p. 44) lista as motivações políticas e econômicas desse aparente movimento de liberação da massa que habitava os Hospitais Gerais no início da Era Contemporânea, afirmando: “as políticas, pela diminuição do papel jurídico do Estado; as

econômicas, pela necessidade de desemprego sentida pela sociedade industrial, sendo que a intervenção no mercado de trabalho já não seria mais tolerada”. O autor justifica a não liberação dos loucos pela “importância política e jurídica assumida pela família burguesa, que se desembaraçava de indivíduos cujo comportamento pusesse em risco seu status econômico e social”.

O novo Estado liberal, agora representado pela incipiente República, também apresentava uma nova demanda: um sistema político que defendesse não mais o corpo do rei, mas o da sociedade, a qual necessitava de proteção em moldes quase médicos, mediante a aplicação de “receitas terapêuticas” — a eliminação dos doentes, o controle dos contagiosos, a exclusão dos delinquentes e a substituição dos suplícios comuns do *ancien régime* por métodos de assepsia, como a criminologia, a eugenia e a exclusão dos degenerados (Foucault, 2025, p. 234). Sobre essa questão trataremos mais adiante, quando direito e psiquiatria entrecruzam seus interesses no caminho do positivismo.

A nova ordem social exigia uma redefinição da loucura e, sobretudo, novas formas de atendimento. Com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, liberdade, igualdade e segurança passaram a ser considerados direitos naturais e imprescritíveis. O contrato social e a livre circulação de mercadorias e pessoas exigiam que a nova soberania civil refletisse sobre a responsabilidade e os limites da liberdade.

O Grande Enclausuramento, símbolo do absolutismo, já não seria mais admissível, assim como as *lettres de cachet* (ordens reais de internamento, por determinação policial ou a pedido da família), que autorizavam a internação de qualquer pessoa incômoda. Já não se “aceitava manter o alienado enclausurado nem permitir a privação da liberdade sem garantias jurídicas” (Desviat, 2015, p. 24). Entretanto, o louco continuava a não servir ao Estado burguês: permanecia núcleo de desordem e deveria ser reprimido, embora de modo distinto daquele aplicado aos que transgrediam livremente as leis. Tratava-se de indivíduos que necessitavam ser administrados ou tutelados.

Quase simultaneamente, consolidava-se um campo hospitalar que conferia ao doente um novo status social. O hospital passou a servir tanto à internação quanto à legitimação do ato de excluir, e a loucura ficou, a partir de então, vinculada ao modelo médico. Nesse movimento, no marco do início da Idade Contemporânea, nasce uma ciência denominada alienismo, legitimada pela Assembleia Constituinte de 28 de março de 1790, capitaneada por Philippe Pinel. Este propunha ao louco, concebido como portador de um problema moral, um tratamento igualmente moral, por meio do asilamento dos “furiosos” e de todos os alienados que se encontravam nos porões dos Hospitais Gerais ou em outros estabelecimentos. Para

tanto, “empregava procedimentos como a execução de regulamentos de polícia interna (poder disciplinar) e a observação da sucessão de sintomas, a fim de descrevê-los e catalogá-los nosograficamente” (Amarante, 2011, p. 29).

Essa experiência transformou-se, algumas décadas depois, na psiquiatria, primeira especialização da medicina, responsável por aprisionar a loucura sob a etiqueta de doença mental. A partir de então, “o louco passou a ser mantido em hospícios, emergindo como problema e titular do status de alienado e medicalizado” (Castel, 1978, p. 11).

O médico, por sua vez, alcançou novo status como instância de decisão jurídica e policial, detendo poderes de internação e liberação — prerrogativas até então inexistentes para a medicina, mas das quais os médicos passaram a se beneficiar. Como consequência, houve uma mudança fundamental no “personagem etnológico” do louco, que passou a ser reconhecido como doente e objeto do conhecimento médico. Reduziu-se, assim, a medicina mental a uma ritualização do processo de entrada e saída do asilo, à internação, ao diagnóstico e à sacralização do poder médico (Foucault, 2024).

2.1.2 Antecedentes históricos e contexto do movimento antimanicomial do século XIX à década de 1940 do Século XX

O período de cem anos que antecedeu as reformas do pós-Segunda Guerra Mundial foi dominado pelo que se convencionou chamar de “psiquiatria pineliana” ou “psiquiatria asilar”. Philippe Pinel, figura central no final do século XVIII e início do século XIX, é reconhecido por seu célebre “ato de libertação” dos pacientes acorrentados em manicômios. Esse ato ressignificou as práticas de cuidado e inaugurou um saber/prática que se propunha a reconhecer a doença mental como objeto determinado do alienismo.

A preocupação com critérios médico-científicos aplicados à loucura somente surgiu no final do século XVIII. Até então, os “Hospitais Gerais se ocupavam sobretudo de uma ordem social de exclusão, assistência e filantropia para desafortunados e abandonados pela sorte divina e material” (Amarante, 2010, p. 26). O que justificava a exclusão dos portadores de sofrimento psíquico era, exclusivamente, a desrazão.

Foram os reformadores da Revolução Francesa que delegaram a Pinel a tarefa de humanizar e dar sentido terapêutico aos Hospitais Gerais, nos quais os loucos eram recolhidos junto a outros marginalizados da sociedade. Essa foi a grande transformação e, ao mesmo tempo, a medicalização do trato da loucura. Pode-se, portanto, “considerar esse movimento

fundador e reformador da psiquiatria e da doença mental como campo de estudo e saber” (Tenório, 2002, p. 26).

A Pinel se deve, assim, a primeira grande Reforma Psiquiátrica, responsável por apontar “as contradições entre a prática psiquiátrica que as instituições do Grande Enclausuramento apontavam e o projeto terapêutico-assistencial original da medicina mental”, a qual evoluiu, logo em seguida, para as Colônias de Alienados (Amarante, 2010, p. 29-32).

No século XIX, a psiquiatria se consolidou como imperativo de ordenação dos sujeitos, alinhando-se às demais ciências naturais e assumindo uma matriz eminentemente positivista. O modelo médico clássico prevaleceu, restringindo o campo da saúde à sua natureza biológica ou organicista. A doença mental passou a ser compreendida como manifestação de um desequilíbrio biológico, e o foco centrava-se no diagnóstico individual, isolado de seu contexto familiar e social. “O tratamento moral consistia na soma de princípios e medidas que, impostos aos alienados, pretendiam reeducar a mente, afastar delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade” (Amarante, 2011, p. 32).

Amarante (2010, p. 29) destaca a importância da obra de Pinel, cujos princípios resistem até os dias atuais, descrevendo sua relevância para a fundação do saber/poder psiquiátrico, tendo o asilo como tecnologia destinada ao tratamento moral por ele preconizado.

A obra de Pinel – estruturada sobre uma tecnologia de saber e intervenção sobre a loucura e o hospital, cujos pilares estão representados pela constituição da primeira nosografia, pela organização do espaço asilar e pela imposição de uma relação terapêutica (o tratamento moral) – representa o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital, transformando-o em instituição médica (e não mais social e filantrópica), e para a apropriação da loucura pelo discurso e prática médicos. Este percurso marca, a partir da assunção de Pinel à direção de uma instituição pública de beneficência, a primeira reforma da instituição hospitalar, com a fundação da psiquiatria e do hospital psiquiátrico (Amarante, 2010).

A tecnologia pineliana perdurou praticamente sem grandes transformações; ao contrário, fortaleceu-se. Direito e psiquiatria logo se entrecruzaram, um satisfazendo as necessidades do outro. A escola positiva do direito passou a se alimentar do saber médico, legitimando-se mutuamente, sempre em resposta a reclamos de ordenamento e de defesa social.

Abandonaram-se os princípios da escola clássica — cujo marco fundacional se atribui à obra de Beccaria e cujo foco era a liberdade, tendo o livre-arbítrio como elemento central para a aplicação da sanção penal, de natureza exclusivamente retributiva, da qual os loucos

eram isentos — para se direcionar o direito penal à pessoa do criminoso. Nesse contexto, justificava-se a aplicação das medidas de segurança, baseadas no conceito de periculosidade desenvolvido por Pinel. Puniam-se os loucos sob o pretexto de tratá-los, aplicando-lhes medidas de segurança com fundamento não mais na retribuição, mas na prevenção. Uma série de outros criminosos considerados perigosos, de acordo com a teoria lombrosiana, também foi alcançada por essas medidas, conforme normatizado no Código Penal suíço de 1890. Tal teoria foi acolhida no Brasil no Código Penal de 1940, estendendo-se a reincidentes, criminosos natos, habituais e desocupados.

No Brasil, até meados do século XIX, os doentes mentais no Rio de Janeiro não dispunham de assistência médica específica. Eram encarcerados por “vadiagem” ou “perturbação da ordem”, internados em celas insalubres da Santa Casa de Misericórdia ou simplesmente vagavam pelas ruas. A partir da década de 1830, médicos higienistas, reunidos na recém-criada Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, passaram a reivindicar a construção de um hospício, apoiando-se em periódicos como o *Semanário de Saúde Pública* (1831–1833) e o *Diário de Saúde* (1835–1836). Defendiam o tratamento moral e a qualificação da loucura como doença mental passível de tratamento médico, rompendo com o confinamento punitivo e seguindo o modelo pineliano (Costa, 2004, p. 33).

Em 1841, o imperador Pedro II assinou o decreto de criação do Hospício Dom Pedro II, inaugurado em 1852, ainda sob gestão religiosa da Santa Casa. Apenas em 1881, com Nuno de Andrade, a direção passou a ser exercida por um médico; em 1886, Teixeira Brandão, primeiro psiquiatra a ocupar o cargo, inaugurou o ensino regular de psiquiatria. Em 1890, já na República, o hospital foi rebatizado como Hospital Nacional de Alienados.

Com a nomeação de Juliano Moreira, em 1902, o hospital foi reorganizado. Promulgou-se, em 1903, a primeira lei federal de assistência a alienados. Em 1907, foi criada a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, e, em 1912, a psiquiatria consolidou-se como especialidade médica autônoma. Entre 1912 e 1920, surgiram novas colônias e o manicômio judiciário.

Apesar dos avanços institucionais, persistia uma forte vulnerabilidade conceitual: a psiquiatria reproduzia o discurso francês e permanecia permeável a preconceitos culturais, associando indevidamente problemas sociais a causas biológicas. Juliano Moreira e seus discípulos concebiam a doença mental, a condição social dos imigrantes e a constituição étnica brasileira como expressões de um mesmo quadro etiológico de base biológica. Essa perspectiva biologicista fundia psiquiatria, política e moral em uma única interpretação. Seus

sucessores radicalizaram esse modelo, propondo que até as instituições sociais — família e Estado — fossem organizadas conforme “leis biológicas”.

A Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), fundada em 1923 por Gustavo Riedel, herdou esse modelo. Inicialmente voltada à melhoria da assistência psiquiátrica, a partir de 1926 deslocou seu foco para a prevenção psiquiátrica, a eugenia e a educação social.

Inspirada pela eugenia galtoniana, a LBHM incorporou o racismo científico dominante, que no Brasil se expressava na ideologia do embranquecimento progressivo como suposta estratégia de “melhoria racial”. Na virada dos anos 1920 para 1930, sob influência da “psiquiatria alemã e das políticas raciais europeias e norte-americanas, essa ideologia deslocou-se para a noção de pureza racial, abandonando o projeto de embranquecimento gradual” (Costa, 2004, p. 43).

No início do século XX, a elite intelectual brasileira — representada por figuras como Oliveira Vianna, Euclides da Cunha e Nina Rodrigues — aderiu à eugenia como “prova científica” das hierarquias raciais, justificando desigualdades sociais em nome da democracia. O regime republicano, fragilizado pela abolição da escravidão, pelos fluxos migratórios e pela urbanização, buscava explicações “naturais” para as crises sociais, atribuindo-as ao clima tropical e à miscigenação, e propondo políticas de exclusão racial como forma de “preservar a ordem democrática” (Costa, 2004, p. 44-46).

Esse pensamento legitimava que negros e mestiços fossem considerados incapazes de participar plenamente da sociedade, salvo após sucessivas gerações de miscigenação com brancos, perpetuando, assim, um sistema de castas racial travestido de ideais republicanos.

Entre 1928 e 1929, a LBHM formalizou sua aproximação com a eugenia e propôs a prevenção psiquiátrica no período pré-patogênico, isto é, antes do aparecimento de sintomas. O foco deslocou-se do tratamento do doente para a vigilância do “indivíduo normal” e do corpo social. A revista *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental* (1929) serviu “como órgão oficial para a difusão dessas ideias, defendendo a higiene mental como mecanismo de aperfeiçoamento racial e social”¹ (Costa, 2004, p. 40).

A prática da LBHM evidencia a integração entre racismo científico e política psiquiátrica: o cuidado com a “saúde mental” tornou-se também um instrumento de controle social e racial, legitimado pelo discurso médico.

O percurso histórico demonstra que a psiquiatria brasileira, desde o século XIX até as primeiras décadas do século XX, não se desenvolveu de forma isolada dos preconceitos culturais da elite dirigente. O discurso médico-psiquiátrico foi utilizado para sustentar

ideologias higienistas, eugenistas e de hierarquia racial, justificando políticas excludentes sob o pretexto de proteção social e de prevenção sanitária.

A LBHM representou o ápice dessa convergência, transformando a higiene mental em um projeto político-biológico que, em vez de combater desigualdades, reforçava-as, travestidas de ciência.

Feita essa breve passagem pela consolidação da psiquiatria em solo brasileiro e por suas sucessivas adaptações, cabe retomar o liame histórico das reformas no contexto internacional. Por força da grave crise humanitária constatada pela comunidade internacional em relação aos manicômios no período pós-Segunda Guerra Mundial, a psiquiatria clássica passou a enfrentar uma crise profunda, tanto no plano teórico quanto no prático, impulsionada sobretudo pela transformação radical de seu objeto central: o foco deixou de ser exclusivamente o tratamento da doença mental para se voltar à promoção da saúde mental. É nesse cenário de crise que surgiram novas propostas e práticas psiquiátricas, denominadas por Amarante (2010, p. 30) de “novas psiquiatrias” ou “psiquiatrias reformadas”.

2.1.3 As bases das Reformas da Reforma: Os movimentos reformistas europeus

Desviat afirma que o germe daquilo que viria a ser reconhecido como Reforma Psiquiátrica não se constituiu a partir de um evento isolado, tampouco emergiu de forma súbita como uma ruptura intempestiva. Ao contrário, sua origem remonta ao período imediatamente posterior à Segunda Guerra Mundial, momento histórico profundamente marcado pelos traumas civilizatórios decorrentes do Holocausto, pela brutalidade dos regimes totalitários e pelo horror da eliminação sistemática de vidas consideradas “indignas”.

Nesse contexto de profunda comoção moral e humanitária, começa a se configurar, no interior da comunidade científica, cultural e política internacional, uma nova sensibilidade histórica, caracterizada por um “despertar ético em relação às minorias, às diferenças e aos sujeitos historicamente excluídos, dentre os quais se encontravam, de maneira notória, as pessoas diagnosticadas com transtornos mentais” (Desviat, 2015, p. 152).

Foi nesse cenário de reconstrução do tecido democrático e de revalorização dos direitos humanos que se fortaleceu a convicção, sobretudo entre setores progressistas da comunidade profissional *psi*, de que o modelo tradicional de atenção à loucura — representado pelo hospital psiquiátrico como instituição asilar, segregadora e cronicizante — havia se tornado eticamente insustentável e cientificamente ultrapassado, devendo ser transformado ou abolido. Começou, então, a se delinear um movimento que não apenas

questionava os fundamentos institucionais da psiquiatria clássica, mas postulava a necessidade urgente de sua transformação estrutural. Para muitos de seus protagonistas, essa “transformação significava, em última instância, a abolição radical da instituição manicomial como espaço hegemônico de tratamento” (Desviat, 2015, p. 25).

Em contraposição a essa lógica reformista, emergiram a antipsiquiatria na Inglaterra e a proposta da psiquiatria crítica liderada por Franco Basaglia, na Itália, que não apenas questionaram o modelo institucional, mas propuseram uma ruptura profunda tanto com o saber quanto com a prática psiquiátrica tradicional.

Como visto, ao longo do século XIX a psiquiatria buscou firmar-se como campo de conhecimento científico, reivindicando neutralidade e a descoberta de “relações de causalidade” por meio da razão científica. Esse período consolidou a ideia de que o hospital psiquiátrico era o local ideal para o tratamento da doença mental.

As chamadas “reformas da reforma”, surgidas no pós-Segunda Guerra Mundial, podem ser compreendidas como resposta às limitações e contradições do modelo asilar estabelecido no século XIX e perpetuado pela primeira reforma pineliana. Propostas como as comunidades terapêuticas, a psicoterapia institucional e a psiquiatria preventiva buscavam superar a “psiquiatria asilar” ou “primeira reforma”, promovendo uma nova relação entre o saber psiquiátrico, a saúde mental e a sociedade. A crítica à redução da doença mental a um dado meramente biológico, característica do século XIX, foi aprofundada por movimentos como a antipsiquiatria, que passaram a questionar a própria instituição psiquiátrica.

Nesse processo, identificam-se dois momentos distintos. O primeiro é caracterizado por tentativas de modificar, por dentro, o modelo asilar de cuidado em saúde mental, responsabilizado pela elevada taxa de cronificação dos usuários. Acreditava-se, ainda, que o asilo poderia recuperar seu papel terapêutico, razão pela qual se buscou sua reabilitação a partir de reformas internas. Exemplo disso “foram as experiências das Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra e nos Estados Unidos, bem como da Psicoterapia Institucional, na França” (Amarante, 2010, p. 34).

O segundo momento, por sua vez, foi marcado pela expansão da atuação psiquiátrica para além dos muros hospitalares, direcionando-se ao espaço público com a intenção de organizar ações voltadas à promoção da saúde mental. Essa etapa teve como referência a “Psiquiatria de Setor, na França, e a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos” (Amarante, 2010, p. 36).

Entretanto, Amarante (2011, p. 41) ressalta que esses dois momentos, apesar de representarem avanços em relação ao modelo asilar tradicional, ainda se restringem ao campo

das reformas da psiquiatria, pois mantêm a crença na instituição psiquiátrica como espaço legítimo de tratamento e continuam a reconhecer a psiquiatria como saber técnico autorizado.

Passo, então, a analisar o primeiro momento ou estágio, no qual a psiquiatria, na tentativa de resgatar o asilo, buscou modificá-lo internamente, iniciando com a experiência das Comunidades Terapêuticas na Inglaterra e, posteriormente, com a Psicoterapia Institucional na França.

2.1.4 Os movimentos reformistas europeus

2.1.4.1 *Comunidade Terapêutica*

A proposta da Comunidade Terapêutica, surgida no Reino Unido em 1942, inicialmente empregada em hospitais destinados ao tratamento de ex-combatentes da Segunda Guerra Mundial acometidos de doenças mentais, baseava-se na transformação da dinâmica institucional hospitalar.

Em razão do relativo sucesso das comunidades terapêuticas na organização das atividades das chamadas instituições totais e parciais, um relatório da Organização Mundial da Saúde, de 1953, recomendou que todos os hospitais psiquiátricos fossem estruturados como comunidades terapêuticas. Modelos como os de Maxwell Jones, Longdon-Maxwell, Main e Bierer introduziram a pedagogia da sociabilidade, que propunha a co-participação de pacientes e profissionais, “democratizando as relações e promovendo valores de liberdade, igualdade e fraternidade” (Desviat, 2015, p. 40).

O objetivo era que o hospital se tornasse um espaço de aprendizado para a vida, no qual os pacientes pudessem experimentar novas formas de convivência comunitária. Nesse ambiente, realizavam-se assembleias e grupos de discussão, envolvendo diariamente internos, profissionais de saúde, familiares e membros da comunidade. A proposta buscava engajar o sujeito em sua própria terapia, com ênfase na comunicação aberta e no diálogo entre todos os participantes. Dessa forma, “almejava-se a eficiência dos papéis institucionais e a ampliação da percepção da realidade” (Amarante, 2011, p. 42).

2.1.4.2 *Psicoterapia institucional*

A Psicoterapia Institucional, desenvolvida na França, foi, segundo Desviat, a tentativa mais vigorosa de salvar o manicômio. Em 1940, François Tosquelles, por meio dessa

proposta, lançou as bases para a Psiquiatria de Setor. A partir da psicanálise, sua hipótese “inicial era a de que todos no hospital estavam doentes e, por isso, a terapia institucional deveria abranger a instituição como um todo” (Desviat, 2004, p. 29).

O segundo momento, ou estágio, é marcado pela Psiquiatria de Setor, na França, e pela Psiquiatria Preventiva, iniciada nos Estados Unidos, que serão analisadas na sequência.

2.1.4.3 A psiquiatria de Setor

O objetivo da Psiquiatria de Setor era descentralizar a assistência psiquiátrica, integrando-a aos serviços de saúde geral e ao interior dos hospitais.

Com efeito, a consciência de uma nova psiquiatria — voltada à modificação das formas de atendimento baseadas na internação asilar — mobilizou uma geração de psiquiatras que “testemunharam os horrores dos campos de extermínio e da ocupação alemã. Esse contexto os levou a propor uma transformação profunda da relação da sociedade com as doenças mentais” (Desviat, 2015, p. 31).

A Psiquiatria de Setor configurava-se como um movimento de contestação à psiquiatria asilar, propondo um novo objeto: a saúde mental, em vez da loucura. Seu foco era a integração da psiquiatria à rede de saúde geral e a articulação com a comunidade.

Firmou-se, então, o princípio de esquadrihar o hospital psiquiátrico e as diversas áreas da comunidade, de modo que cada divisão hospitalar correspondesse a uma área geográfica e social. A proposta relacionava a origem geográfica e cultural de cada paciente com as regiões de onde vinham e para onde deveriam retornar, criando uma unidade entre os oriundos da mesma localidade. Posteriormente, os “pacientes eram transferidos para a comunidade, acompanhados pela mesma equipe que os tratava no hospital” (Amarante, 2010, p. 37).

2.1.4.4 Psiquiatria Preventiva

A Psiquiatria Preventiva surgiu nos Estados Unidos e se desenvolveu com o objetivo de prevenir o surgimento ou o agravamento das doenças mentais, além de reduzir a morbidade e a mortalidade. Foi considerada a “terceira revolução psiquiátrica” — após Pinel e Freud, por ter descoberto a estratégia de intervir nas causas ou no aparecimento dos transtornos mentais, almejando não apenas sua prevenção, mas, sobretudo, a promoção da saúde mental. Nesse contexto, a psiquiatria passou a ter um novo objeto: a saúde mental.

O projeto preventivista de Kennedy foi adotado não apenas nos Estados Unidos, mas também por organizações sanitárias mundiais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), além de inúmeros países do chamado Terceiro Mundo (Amarante, 2018, p. 38).

Os teóricos do preventivismo, liderados por Caplan, propuseram três níveis de prevenção, cada qual com objetivos específicos:

- a) Prevenção Primária: intervenções sobre as condições que levam à formação da doença mental, buscando reduzir e não apenas curar os transtornos, promovendo a sanidade mental dos grupos sociais;
- b) Prevenção Secundária: diagnóstico e tratamento precoce, visando encurtar a duração dos transtornos mentais;
- c) Prevenção Terciária: minimizar os efeitos crônicos da doença.

O conceito de “crise” era central, sendo invocado por Caplan e pela Psiquiatria Preventiva como oportunidade para intervenção terapêutica e de ressocialização, em contraste com o modelo patogênico tradicional.

Representando uma verdadeira quebra de paradigma, surgiram em seguida dois movimentos que alteraram profundamente a relação entre psiquiatria e loucura: a Antipsiquiatria, na Inglaterra, e a Psiquiatria Democrática Italiana, liderada por Franco Basaglia. Ambos propunham o fechamento dos asilos e manicômios, o tratamento no meio comunitário e o reconhecimento da cidadania das pessoas em sofrimento mental.

A Psiquiatria Democrática Italiana floresceu e influenciou decisivamente a Reforma Psiquiátrica brasileira, que adotou como referência o modelo comunitário e substitutivo de cuidado.

2.1.4.5 A Antipsiquiatria

O movimento da Antipsiquiatria surgiu na década de 1960, especialmente no Reino Unido, no contexto da contracultura e de movimentos underground, reunindo um grupo de psiquiatras em contestação radical ao saber psiquiátrico tradicional e às suas práticas. Criticava-se a psiquiatria clássica por considerar o indivíduo como “doente”, e não a sociedade ou o contexto social que o produzia.

Figuras como Ronald Laing e David Cooper argumentavam que a loucura poderia representar uma forma de libertação. Defendiam que a esquizofrenia era expressão da

violência externa e que a liberdade civil poderia ser alcançada por meio de mudanças institucionais.

O movimento propôs uma crítica contundente à redução da doença mental a um dado exclusivamente biológico, enfatizando a dimensão social e cultural da loucura. Denunciou a cronificação asilar, questionou a “nosografia psiquiátrica e rejeitou métodos terapêuticos de base química ou física, valorizando sobretudo a análise do discurso por meio da metanoia, isto é, a experiência da viagem ou do delírio do louco” (Amarante, 2010, p. 46).

2.1.4.6 Psiquiatria Democrática Italiana

Franco Basaglia liderou, na Itália, o movimento denominado psiquiatria anti-institucional ou psiquiatria democrática, particularmente nas cidades de Gorizia e Trieste, buscando a superação do hospital psiquiátrico como única forma de tratamento. Sua atuação representou uma ruptura fundamental com o paradigma psiquiátrico tradicional. A desinstitucionalização não significava apenas a saída de pacientes do hospital, mas uma transformação radical da relação entre o saber psiquiátrico e a sociedade. Esse processo envolvia a criação de serviços substitutivos na comunidade, como centros de saúde mental, cooperativas sociais, apartamentos protegidos e, em última instância, a abolição do manicômio.

A promulgação da Lei 180, na Itália, em 1978, consolidou juridicamente essas propostas, proibindo novas internações em manicômios e orientando a assistência em saúde mental para dispositivos comunitários.

A desconstrução, nesse contexto, referia-se ao dismantelamento da lógica asilar e à crítica à psiquiatria tradicional; a invenção, por sua vez, implicava a criação de novas formas de cuidado, que valorizavam a cidadania, a participação social e a autonomia dos sujeitos.

O movimento basagliano defendia que a doença mental não era apenas um fato clínico, mas também um fenômeno social e político. Esse marco teórico-prático foi decisivo para inspirar a Reforma Psiquiátrica brasileira, que décadas mais tarde incorporaria princípios de desinstitucionalização e cuidado comunitário.

Os antecedentes teóricos da Reforma Psiquiátrica, portanto, revelam uma trajetória rica e complexa de críticas e transformações. Desde a primeira reforma de Pinel, que, apesar de inovadora, estabeleceu o modelo asilar com suas próprias contradições, até as propostas do pós-Segunda Guerra Mundial — comunidade terapêutica, psicoterapia institucional, psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva — o campo da saúde mental buscou superar a

lógica da exclusão. A antipsiquiatria radicalizou essa crítica, enquanto o movimento basagliano concretizou a ideia de desinstitucionalização como um processo de desconstrução da ordem asilar e de invenção de um novo cuidado, centrado na comunidade e na cidadania dos sujeitos.

Essa evolução histórica constitui a base teórica das reformas psiquiátricas contemporâneas, inclusive a brasileira, que continuam a desafiar práticas segregacionistas e a promover uma saúde mental mais integrada e humana.

2.1.5 A emergência da Reforma Psiquiátrica no Brasil: rupturas, lutas e institucionalização do cuidado em liberdade

A trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira, conforme delineada por Paulo Amarante (2010a) em sua obra *Loucos pela vida*, revela-se como um processo complexo e multifacetado de enfrentamento à lógica manicomial e de construção de um novo paradigma de atenção à saúde mental, centrado na liberdade, na cidadania e na dignidade da pessoa em sofrimento psíquico.

Essa transição paradigmática, entretanto, não ocorreu de forma linear ou pacífica. Foi marcada por intensos embates político-institucionais, resistências corporativas e disputas de interesses econômicos, que precisaram ser enfrentados ao longo de décadas de mobilização social, política e profissional.

Cumprе salientar que, além dos fatores internos, os movimentos reformistas internacionais desempenharam papel decisivo, fornecendo bases conceituais e práticas que influenciaram diretamente as mudanças estruturais da psiquiatria brasileira a partir do final da década de 1970.

Desse modo, o registro dos fatos e acontecimentos mais relevantes torna-se fundamental para compreender a trajetória de construção desse novo paradigma, cujo coroamento somente veio a consolidar-se no início do século XXI, com a institucionalização de políticas públicas que consagraram o cuidado em liberdade como diretriz fundamental da saúde mental no Brasil.

2.1.5.1 A crise do modelo manicomial e a falência do hospital psiquiátrico

O ponto de inflexão que impulsionou o debate público sobre a assistência psiquiátrica no Brasil foi a profunda crise do modelo hospitalocêntrico, evidenciada na chamada “Crise da

DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental), deflagrada em 1978. As denúncias de violações sistemáticas de direitos humanos nos hospitais psiquiátricos — como maus-tratos, negligência médica, superlotação, violência sexual e mortes não esclarecidas — expuseram o caráter estruturalmente violento das instituições asilares, organizadas como verdadeiras “instituições totais”, no sentido proposto por Goffman (1961) e retomado por Amarante (2011, p. 57).

Essas denúncias, amplificadas por reportagens jornalísticas e investigações parlamentares, demonstraram que o hospital psiquiátrico havia perdido qualquer pretensão de exercer função terapêutica. Ao contrário, constituía-se em espaço de exclusão social, segregação e mortificação da subjetividade, legitimado pelo saber médico-psiquiátrico e pela lógica jurídica da periculosidade.

A falência institucional da DINSAM evidenciou a urgência de repensar todo o modelo de assistência em saúde mental, abrindo espaço para um amplo movimento de contestação que, ao longo das décadas seguintes, se consolidaria como um dos pilares do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira.

2.1.5.2 O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e a crítica ao saber psiquiátrico clássico

É nesse contexto de colapso institucional que emerge, em 1979, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), inicialmente composto por profissionais da saúde, militantes, usuários e familiares. Seu objetivo inaugural era reivindicar melhores condições de trabalho e de remuneração. Entretanto, em curto espaço de tempo, o movimento assumiu uma dimensão política mais ampla, passando a propor uma reconfiguração radical da atenção à saúde mental no Brasil.

A partir da crítica à medicalização da loucura, à centralidade do diagnóstico biomédico e à hegemonia do saber psiquiátrico unidisciplinar, o MTSM não apenas questionou o modelo de internação como política pública, mas também as próprias bases epistemológicas da psiquiatria tradicional. Nesse sentido, passou a defender a valorização dos saberes interdisciplinares, a escuta da subjetividade do usuário e o reconhecimento dos determinantes sociais da loucura, propondo uma ruptura com a concepção estritamente nosológica da doença mental.

A “crítica à psiquiatria institucionalizada, compreendida como instrumento de controle social e de reprodução da ordem estabelecida, tornou-se central na atuação do movimento” (Amarante, 2010, p. 54).

2.1.5.3 Conferências, Congressos e a mobilização político-institucional

A Reforma Psiquiátrica brasileira foi moldada por uma intensa articulação entre saberes técnicos, práticas políticas e estratégias institucionais. Nesse percurso, destacam-se alguns eventos decisivos. O V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em 1978 em Camboriú e conhecido como “Congresso da Abertura”, marcou um ponto de inflexão, ao possibilitar a participação dos movimentos de saúde mental em um espaço historicamente dominado por setores conservadores ligados à Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

Em reuniões paralelas, coordenadas pelo MTSM, foram aprovadas moções importantes, como o repúdio à privatização do setor de saúde, a crítica à ausência de participação democrática na formulação dos planos nacionais, o apoio à anistia ampla, geral e irrestrita, além de severas críticas às universidades por sua subordinação ao utilitarismo ditado pelas pressões do mercado (Amarante, 2010, p. 57).

Na sequência, o I Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em São Paulo em 1979, produziu um relatório final no qual se apontava a necessidade de ampliar a participação dos técnicos nas instâncias decisórias das políticas públicas de saúde mental, além de denunciar o modelo asilar dos grandes hospitais públicos, que funcionavam como verdadeiros redutos de marginalização. Já o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em paralelo ao VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Salvador (1980), explicitou o distanciamento entre as posições do MTSM e da ABP, ao reafirmar críticas “à privatização da saúde e ao defender os direitos dos pacientes psiquiátricos, denunciando o modelo assistencial vigente como ineficiente, cronificador e estigmatizante” (Amarante, 2010, p. 57).

A segunda metade dos anos 1980 consolidou de forma irreversível o ideário da desinstitucionalização. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), em Brasília, foi um marco ao estabelecer os princípios que orientariam a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pautado na universalidade, integralidade e descentralização, com ampla participação popular. A I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) “reafirmou esse direcionamento ao defender a desinstitucionalização, o cuidado comunitário e a cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico” (Amarante, 2010, p. 75).

Nesse mesmo ano, a criação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, durante o II Congresso Nacional de Saúde Mental realizado em Bauru, consolidou o lema histórico “Por uma sociedade sem manicômios”, simbolizando a unificação política e ideológica da reforma. Pouco depois, a instalação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) sobre os hospitais psiquiátricos (1989) reforçou o diagnóstico de falência do modelo asilar e ampliou os debates legislativos em torno da necessidade de mudança estrutural (Amarante, 2011, p. 76).

No campo das experiências concretas, a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo (1987) e do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos (1989) representaram práticas inovadoras de substituição ao modelo hospitalocêntrico, influenciando a organização de serviços similares em todo o território nacional. Por fim, a apresentação do Projeto de Lei n. 3.657/1989, que uma década mais tarde se transformaria na Lei 10.216/2001,” estabeleceu os marcos jurídicos da Reforma Psiquiátrica brasileira, fruto de um longo processo de articulação política, social e técnica” (Amarante, 2011, p. 79).

Todos esses acontecimentos e experiências foram fundamentais para pressionar o Estado brasileiro a adotar políticas públicas orientadas pelo cuidado em liberdade, representando a vitória do paradigma da cidadania sobre a lógica da exclusão.

2.1.5.4 A constituição dos princípios da reforma e a criação dos serviços substitutivos

O eixo fundamental da Reforma Psiquiátrica é a desinstitucionalização, entendida não apenas como o fechamento progressivo de leitos psiquiátricos, mas como um processo de desconstrução simbólica e prática da lógica manicomial. Essa lógica, historicamente pautada na exclusão, na disciplina e no controle dos corpos considerados desviantes, é gradativamente substituída por um modelo territorial e comunitário de cuidado, que busca integrar a pessoa em sofrimento mental à rede social, à família e às práticas da vida cotidiana.

Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica pode ser compreendida como “um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas” de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria (Amarante, 2010, p. 86).

Inseridos nesse movimento, surgem os CAPS, concebidos como dispositivos centrais da nova rede de atenção em saúde mental. Estruturados a partir de equipes multiprofissionais, com atendimentos em regime de hospital-dia e com enfoque na reabilitação psicossocial, os

CAPS “materializam os princípios basilares da Reforma: interdisciplinaridade, horizontalidade das relações de cuidado, inclusão social, promoção da autonomia dos sujeitos e respeito à singularidade de cada trajetória de vida” (Amarante, 2011, p. 82).

2.1.5.5 Conflitos, resistências e a institucionalização da reforma

A Reforma Psiquiátrica brasileira enfrentou, desde sua gênese, fortes resistências de diferentes setores sociais e institucionais. A Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) posicionaram-se contrariamente ao processo de desinstitucionalização, alegando perdas econômicas e científicas. Ambas as instituições “defenderam a manutenção do modelo hospitalocêntrico e a ampliação da privatização dos serviços de saúde mental” (Amarante, 2010, p. 105, 111).

Internamente, o próprio movimento reformista também vivenciou tensões, divergências ideológicas e disputas em torno dos rumos e da velocidade da transição. A proposta de cogestão da saúde mental pelo Conselho Nacional de Administração de Saúde e Previdência Social (CONASP) “constituiu uma tentativa relevante de democratização da gestão, mas acabou encontrando barreiras políticas e corporativas que limitaram sua efetividade” (Amarante, 2010, p. 69).

O processo legislativo, por sua vez, representou um marco de institucionalização das conquistas alcançadas pelo movimento. O Projeto de Lei nº 3.657/1989, de autoria do deputado Paulo Delgado, configurou-se como referência fundamental ao propor a substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção psicossocial, servindo de base para a promulgação da Lei nº 10.216/2001, que regulamentou a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental no Brasil.

Pode-se afirmar, portanto, que a Reforma Psiquiátrica brasileira constituiu-se como uma jornada de profunda transformação social, política e cultural, marcada pela luta contra o manicômio e pela construção de um modelo de cuidado em saúde mental centrado na dignidade humana, na cidadania e na vida comunitária. Esse percurso, entretanto, não foi linear, tendo sido permeado por resistências históricas e por complexos embates que ainda hoje persistem, sobretudo diante das recorrentes tentativas de retorno a práticas de caráter asilar, tema que será aprofundado em seção posterior.

2.2 A Lei 10.216/01 – A Reforma Psiquiátrica brasileira

A promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, constitui um marco jurídico e político de extraordinária relevância no processo de redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental no Brasil. Essa norma legal inaugura um novo paradigma ao estabelecer, de forma inequívoca, a centralidade da proteção dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais e ao prescrever que os cuidados em saúde mental devem ocorrer, preferencialmente, por meio de dispositivos assistenciais abertos, comunitários e territorializados. Tal diretriz implica um deslocamento radical da lógica tradicional do cuidado, até então centrada na institucionalização hospitalar e na exclusão, para um modelo de atenção integral que privilegia a inserção social, a convivência comunitária e a proximidade com os contextos cotidianos de vida dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Ao afirmar que os serviços de saúde mental devem ser prestados no território, inseridos nas áreas de moradia dos usuários, a legislação assegura não apenas o acesso ampliado à rede de cuidados, mas também a circulação social e a manutenção dos vínculos afetivos, familiares e comunitários. Trata-se, portanto, de uma ruptura com o modelo hospitalocêntrico, historicamente sustentado por práticas de confinamento e segregação, e da afirmação do princípio da atenção psicossocial como norteador das políticas públicas de saúde mental no país.

É evidente que a mudança no direito sanitário e o enfoque introduzido pela Lei nº 10.216/2001 devem alcançar também as pessoas em sofrimento mental que entram em conflito com a lei, sem qualquer distinção. Haroldo Caetano já defendia essa diretriz em sua obra *Loucos por liberdade*, na qual apresenta a experiência do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAI-LI), criado em 2006 no estado de Goiás, e que se mostrou um modelo bem-sucedido (Caetano, 2006, p. 125). Iniciativa semelhante foi desenvolvida em Minas Gerais, por meio do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ).

A Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), inspirada em ambos os programas, consolidou e ampliou tais experiências, uniformizando diretrizes para todo o Judiciário nacional, de modo a adequar a execução penal e as medidas de segurança às regras da Reforma Psiquiátrica, inclusive para pessoas em sofrimento psíquico que tenham cometido infrações penais.

A articulação entre a Lei nº 10.216/2001 e a Resolução nº 487/2023 revela-se impositiva para todos os operadores do direito desde sua publicação, pois ambas convergem para a defesa dos direitos fundamentais das pessoas com sofrimento psíquico, notadamente

por meio da promoção do cuidado em liberdade, da substituição progressiva do modelo asilar e da garantia da dignidade e cidadania desses sujeitos.

O entrelaçamento e a imbricação de ambas as normas decorrem naturalmente da interpretação de seus dispositivos. Com efeito, o artigo 1º da Lei nº 10.216/2001 estabelece que o atendimento às pessoas com transtornos mentais deve ser realizado com base na proteção de seus direitos e na preservação de sua dignidade, reafirmando o princípio da cidadania e da liberdade. Nesse mesmo sentido, o artigo 1º da Resolução CNJ nº 487/2023 reforça tal diretriz ao prever a necessidade de uma atuação judicial orientada pelos direitos humanos, voltada à superação da lógica manicomial e à adoção de estratégias terapêuticas em rede.

O artigo 2º da Lei nº 10.216/2001 elenca os direitos das pessoas com transtorno mental, assegurando-lhes o acesso ao melhor tratamento disponível no sistema de saúde, preferencialmente em ambiente comunitário, garantido pelo SUS. A Resolução CNJ nº 487/2023, em complemento, detalha em diversos dispositivos (arts. 4º, 5º, 6º e 13) a necessidade de integração com a RAPS, destacando o papel das Equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis (EAP-Desinst) na efetivação do cuidado em liberdade e na articulação com serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico.

Os artigos 3º e 4º da Lei nº 10.216/2001 estabelecem que o tratamento deve ocorrer, preferencialmente, em serviços comunitários, abertos e intersetoriais, vedando expressamente a internação como forma de exclusão social. O artigo 13 da Resolução CNJ nº 487/2023 consagra o mesmo princípio ao fixar que a internação deve ser medida excepcional e temporária, realizada exclusivamente em leito de saúde mental em hospital geral, proibindo sua aplicação em instituições com características asilares, como os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs).

O artigo 6º da Lei nº 10.216/2001 admite a possibilidade de internação involuntária ou compulsória, desde que observados critérios clínicos e legais específicos. A Resolução CNJ nº 487/2023 complementa esse dispositivo ao exigir que a decisão judicial seja fundamentada em parecer técnico interdisciplinar e no esgotamento prévio dos meios de cuidado em liberdade (art. 6º, §2º), reforçando a centralidade do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a atuação da RAPS.

Assim, a Lei nº 10.216/2001 e a Resolução CNJ nº 487/2023 se articulam como pilares normativos da Reforma Psiquiátrica brasileira e da política antimanicomial no âmbito do Judiciário. Ambas convergem para a superação do paradigma hospitalocêntrico, para a proteção dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico e para a substituição progressiva das

medidas de segurança por alternativas em liberdade, garantindo dignidade, cidadania e inserção social, em consonância com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU.

Por fim, destaca-se que o artigo 4º, §3º, da Lei nº 10.216/2001 proíbe a internação em instituições com características asilares, comando que foi igualmente absorvido pela Resolução CNJ nº 487/2023. Esta, em seu artigo 18, fixou prazos para a interdição parcial e progressiva dessas unidades, além de determinar o fechamento definitivo dos HCTPs, alas psiquiátricas e celas em unidades prisionais que mantinham pessoas sob custódia com a justificativa de tratamento, reforçando a necessidade de substituição por dispositivos territoriais e comunitários.

O desafio que se impõe, portanto, consiste em garantir que a política pública de saúde mental, ofertada aos usuários da RAPS, seja continuamente fortalecida por meio da destinação de recursos suficientes. Tal fortalecimento deve abranger, de modo equilibrado, tanto o campo da prevenção quanto os dispositivos responsáveis pelo manejo das situações de crise, além de assegurar a reabilitação psicossocial contínua. Nesse sentido, passa-se, no próximo subtítulo, à análise da RAPS, considerada um dos pilares centrais da Reforma Psiquiátrica brasileira.

2.3 A Rede de Atenção Psicossocial

A RAPS pode ser considerada o eixo estruturante da política pública de saúde mental no Brasil, assim como da política antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário. A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, instituiu a RAPS no Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde destinados a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Suas diretrizes estão pautadas no respeito aos direitos humanos, garantindo autonomia e liberdade, combatendo estigmas e preconceitos, e promovendo o acesso e a qualidade dos serviços com base no cuidado integral e na assistência multiprofissional. A rede valoriza a atuação em território, visando à inclusão social, ao fortalecimento da autonomia e ao exercício da cidadania, além de adotar a lógica da redução de danos e privilegiar serviços de base comunitária. Um de seus eixos centrais é a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Entre os objetivos gerais, destacam-se: ampliar o acesso à atenção psicossocial; assegurar a inclusão de pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de

drogas, bem como de suas famílias, aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração entre os serviços da rede, qualificando o cuidado. Especificamente, a RAPS busca promover atenção diferenciada a grupos vulneráveis (crianças, adolescentes, pessoas em situação de rua, populações indígenas), prevenir o consumo de drogas, reduzir danos, promover a reabilitação e a reinserção social (inclusive por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária), além de fomentar a formação permanente dos profissionais.

A RAPS é a mais complexa das cinco redes temáticas do SUS, composta por 07 (sete) componentes e 17 (dezessete) pontos de atenção, organizados em três níveis de complexidade. Entre eles, destacam-se:

- a) Atenção Básica em Saúde: Unidades Básicas de Saúde (UBS), equipes voltadas a populações específicas (como Consultório na Rua), serviços de apoio à Atenção Residencial Transitória e Centros de Convivência, com apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF);
- b) Atenção Psicossocial Especializada: especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades (I, II, III, AD, AD III e i), com equipes multiprofissionais e atendimentos intensivos, semi-intensivos e não intensivos;
- c) Atenção de Urgência e Emergência: composta por SAMU 192, Salas de Estabilização, UPAs, prontos-socorros e UBS, articulados com os CAPS para acolhimento, classificação de risco e cuidado em situações agudas;
- d) Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidades de Acolhimento (UA) e serviços residenciais transitórios, cujo acompanhamento é definido e monitorado pelo CAPS de referência;
- e) Atenção Hospitalar: enfermarias em hospitais gerais e serviços de referência, destinados a casos graves e situações de abstinência ou intoxicação, sempre de curta duração e articulados com o PTS e o CAPS;
- f) Estratégias de Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para Casa (PVC), destinados à reintegração social de pessoas egressas de longas internações;
- g) Reabilitação Psicossocial: iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais, visando à inclusão produtiva e comunitária.

No âmbito da Resolução CNJ nº 487/2023, a RAPS é reconhecida como fundamental para a implementação da política antimanicomial no Poder Judiciário, ao alinhar-se diretamente a seus princípios. A norma garante os direitos das pessoas com transtorno mental

ou deficiência psicossocial em conflito com a lei, privilegiando o atendimento em meio aberto, nos serviços territoriais comunitários da rede pública.

A Resolução explicita que a RAPS abrange CAPS, SRT, Centros de Convivência, Unidades de Acolhimento, leitos em hospitais gerais e estratégias de desinstitucionalização, como as Residências Terapêuticas e o PVC. Estabelece ainda a articulação interinstitucional permanente entre o Poder Judiciário e as redes de atenção em todas as fases do processo penal, com a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) para cada pessoa abrangida.

Determina-se que a medida de tratamento ambulatorial seja priorizada em detrimento da internação, e que esta, quando necessária, ocorra em leitos de saúde mental de hospitais gerais, vedada a manutenção de pessoas com transtorno mental em unidades prisionais ou Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs). Essa diretriz reforça o modelo comunitário e territorial da RAPS, em oposição à lógica asilar.

A política antimanicomial no Judiciário adota como pilar a desinstitucionalização, estabelecendo prazos para revisão de processos, progressão para tratamento ambulatorial, transferência para serviços adequados e fechamento progressivo de HCTPs. Para tanto, prevê o apoio das Equipes de Avaliação e Acompanhamento (EAP), dos Comitês Estaduais Interinstitucionais de Monitoramento (CEIMPA) e das Secretarias de Saúde, responsáveis por garantir vagas na rede e fomentar a reabilitação psicossocial.

Em síntese, a Portaria nº 3.088/2011 e a Resolução CNJ nº 487/2023 são instrumentos complementares e interdependentes. A primeira organiza a estrutura assistencial e define os princípios da RAPS; a segunda orienta o sistema de justiça criminal a direcionar pessoas com transtorno mental para essa rede, consolidando um modelo de cuidado centrado na liberdade, dignidade e inclusão social, em consonância com os preceitos da Reforma Psiquiátrica e da Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

2.3.1 A RAPS no Tocantins

No estado do Tocantins, a organização da saúde mental se estrutura em duas grandes macrorregiões: **Centro-Sul** e **Norte**, subdivididas em oito regiões, conforme pactuação bipartite.

A Macrorregião Centro-Sul, composta por 75 municípios, conta com cinco subdivisões regionais de saúde mental:

- Capim Dourado, abrangendo 389.493 habitantes;

- Amor Perfeito, com 112.657 habitantes;
- Cantão, com 132.934 habitantes;
- Ilha do Bananal, com 186.210 habitantes;
- Sudeste, com 99.516 habitantes.

Já a Macrorregião Norte, composta por 64 municípios, subdivide-se em três regiões:

- Bico do Papagaio, com 212.951 habitantes;
- Médio Norte-Araguaia, com 309.111 habitantes;
- Cerrado do Tocantins, com 164.491 habitantes.

No total, a população atendida nas duas macrorregiões soma 1.607.363 habitantes (Tocantins, 2022).

De acordo com os Planos de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Estado da Saúde (2022), a distribuição dos serviços é a seguinte:

- Macrorregião Centro-Sul:
 - Palmas: conta com um CAPS II, um CAPS AD e, mais recentemente, um CAPSi.

O Hospital Geral da capital dispõe de 11 leitos psiquiátricos.

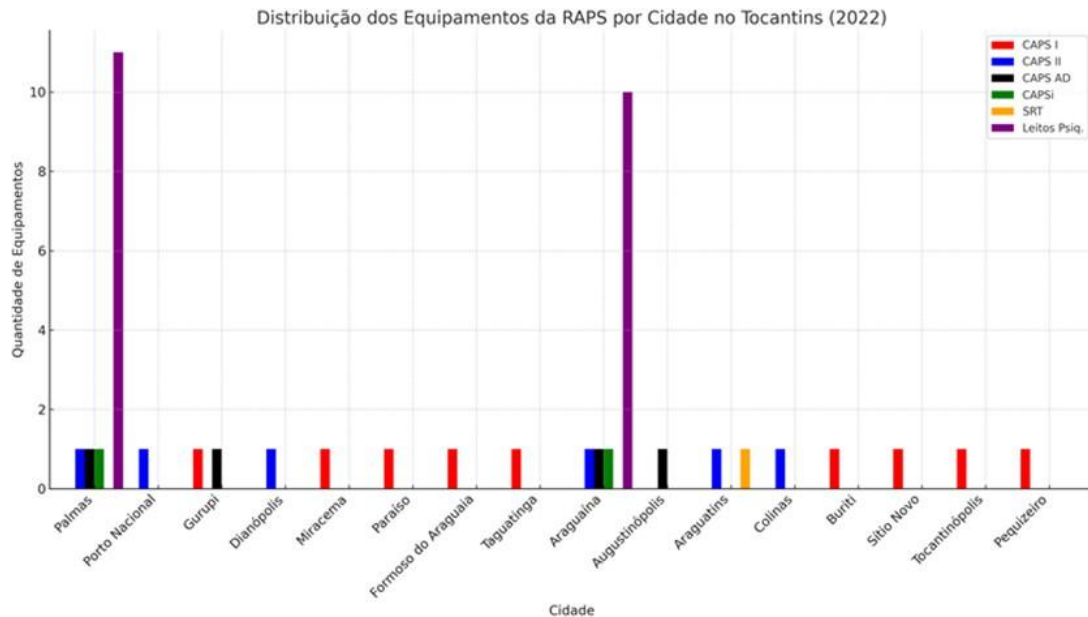
- Porto Nacional: possui um CAPS II.
- Gurupi: dispõe de um CAPS I e um CAPS AD.
- Dianópolis: conta com um CAPS II.
- Miracema, Paraíso, Formoso do Araguaia e Taguatinga: cada município possui

um CAPS I.

- Macrorregião Norte:
 - Araguaína: conta com um CAPS II, um CAPS AD, uma residência terapêutica (não habilitada pelo MS) e 10 leitos psiquiátricos no Hospital Regional.
 - Augustinópolis: possui um CAPS AD.
 - Araguatins: conta com um CAPS II e uma residência terapêutica.
 - Colinas: dispõe de um CAPS II.
 - Buriti, Sítio Novo, Tocantinópolis e Pequizeiro: cada município possui apenas um

CAPS I.

Figura 1 – Distribuição dos Equipamentos – RAPS



Fonte: Tocantins (2022).

A análise da distribuição dos equipamentos da RAPS no Estado do Tocantins, com base em dados da SESAU-TO de 2022 (informações sobre leitos psiquiátricos e CAPS infantil atualizadas em 2024), extraídos dos Relatórios dos Planos de Ação das macrorregiões Norte e Sul, revela disparidades significativas na cobertura assistencial, evidenciando vazios críticos na rede de cuidado em saúde mental. O gráfico elaborado anteriormente sintetiza a presença dos CAPS, dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT I) e de leitos psiquiátricos por município, demonstrando a forte concentração de equipamentos em poucas cidades e a ausência ou presença mínima em grande parte do território.

Constata-se que apenas três municípios — Araguaína, Gurupi e Palmas — possuem mais de uma unidade CAPS, enquanto a maioria das cidades conta com apenas uma unidade, geralmente do tipo I, destinada a municípios de menor porte e complexidade assistencial. Araguaína e Palmas destacam-se com três equipamentos (CAPS II, CAPS AD e CAPSi), seguidas por Gurupi, que dispõe de duas unidades.

A análise evidencia que a RAPS no Tocantins, considerando os três equipamentos pesquisados, ainda opera com estrutura insuficiente para assegurar a efetivação plena do cuidado territorial e comunitário preconizado pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e pela Lei nº 10.216/2001. A fragilidade da cobertura, especialmente no que se refere a serviços de maior complexidade — CAPS III, leitos em hospital geral, Unidades de Acolhimento (UA) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) — compromete a superação do modelo asilar e

dificulta a aplicação das diretrizes da Resolução CNJ nº 487/2023, que demanda alternativas efetivas à internação manicomial para pessoas com sofrimento mental em conflito com a lei.

Ressalta-se a ausência de CAPS III em todo o estado, equipamentos fundamentais para o manejo de crises agudas sem a necessidade de internação hospitalar. Do mesmo modo, até 2022 não havia registros de CAPS infantis, o que configurava grave lacuna na atenção psicossocial voltada a crianças e adolescentes. Apenas em 2024 foram inauguradas duas unidades deste tipo, em Palmas e em Araguaína.

Os CAPS constituem o principal dispositivo estratégico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sendo serviços comunitários de referência no tratamento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Como afirmam Lancetti e Amarante (2012, p. 628), “os CAPS, diferentemente dos ambulatórios, são serviços que possibilitam a produção de novas práticas de cuidado em saúde mental por meio do contato intensivo com a loucura”.

As atividades nos CAPS devem ocorrer preferencialmente em espaços coletivos — grupos, assembleias de usuários e reuniões diárias de equipe —, articuladas com outros pontos de atenção da Rede de Saúde. Destaca-se, nesse sentido, a relevância da integração com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), mais pulverizadas no território e capazes de sustentar uma visão integral da saúde. No entanto, ao longo do processo de implantação da política antimanicomial no Tocantins, verificou-se fragilidade nas ações de matriciamento entre os CAPS e a Atenção Básica, o que merece maior atenção por parte dos órgãos responsáveis pela execução das políticas públicas de saúde mental.

É igualmente fundamental fortalecer a articulação da RAPS com as demais redes de proteção social, como Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), Secretarias Municipais de Assistência Social e Escritórios Sociais, entre outros, de modo a assegurar a integralidade do cuidado, a reabilitação psicossocial e a plena reinserção comunitária dos sujeitos em sofrimento psíquico.

A atenção psicossocial prestada aos pacientes nesse equipamento de saúde é estruturada a partir do Projeto Terapêutico Singular (PTS), cuja construção envolve a participação do usuário, de seus familiares, da equipe multiprofissional e, no caso do público da Política Antimanicomial, também dos técnicos da Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis (EAP-Desisnte). Por essa razão, todos esses atores foram incluídos no Provimento da Corregedoria, cuja minuta foi elaborada pelo Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial do Tocantins (CEIMPA-TO), estabelecendo sua participação obrigatória nas audiências

admonitórias ou de justificação. Tais audiências podem ocorrer para o início do cumprimento da medida de segurança, para o pedido de desinternação ou ainda em situações de intercorrência no cumprimento do PTS, como, por exemplo, a recusa do paciente judiciário em aderir à medicação prescrita ou em submeter-se a determinada intervenção terapêutica.

Segundo dados do Ministério da Saúde, o número de CAPS no Brasil passou de 295, em 2001, para mais de 2.500 em 2019, representando uma expansão significativa desse modelo assistencial (Brasil, 2019). Em 2024, o Novo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) do governo federal incluiu a construção de 150 novos CAPS em todas as regiões do país, com investimentos que totalizam 339 milhões de reais, alcançando 414 milhões de reais no mesmo ano. Esse montante representa um aumento de 27% em relação ao orçamento do ano anterior.

A prioridade foi direcionada para regiões com vazios assistenciais absolutos, áreas com menor taxa de cobertura, CAPS de funcionamento 24 horas (com acolhimento noturno), serviços infantojuvenis e localidades caracterizadas por maior vulnerabilidade socioeconômica (Brasil, 2024)¹. Para o ano de 2025 foram assegurados o montante de 230 milhões de reais para a construção de 100 novos CAPS, observando-se os mesmos critérios como pré-requisito, o que demonstra o fortalecimento da política de saúde mental focada no atendimento psicossocial (Brasil, 2025)

Em maio de 2024, havia no Brasil 2.926 CAPS nas sete modalidades previstas. (CAPSi; CAPS, I, II e III; CAPS AD IV; CAPS AD III e CAPS AD) (Departamento de Saúde Mental, 2024).

No Estado do Tocantins, 16 (dezesesseis) municípios dispõem de CAPS, em suas diferentes modalidades, o que corresponde a uma cobertura direta de aproximadamente 58% da população estadual. A distribuição é desigual: cinco municípios estão localizados na região do Bico do Papagaio; dois na região Sudeste, onde se observa um vazio assistencial significativo; dois na região Sul; três na região Centro-Norte; e quatro na região Central.

No tocante aos SRT, apenas o município de Araguatins possui uma unidade do tipo I, considerada estratégica para o processo de desinstitucionalização. Em Araguaína, existe outra residência terapêutica, contudo, não habilitada pelo Ministério da Saúde, e não há registros de SRT do tipo II em funcionamento. Mais recentemente, em decorrência da atuação articulada do CEIMPA, do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário do Tocantins (GMF/TO) e do Estado, o município de Palmas assinou, em 1º de agosto de 2025, termo de

compromisso visando à abertura de uma Residência Terapêutica na capital, destinada a absorver os oito pacientes ainda custodiados em unidades prisionais.

Não foram identificadas Unidades de Acolhimento (UA) nem Unidades de Acolhimento Infantojuvenil (UAI) em território tocantinense, e o número de leitos de saúde mental em hospital geral (SM/HG) é extremamente reduzido, limitando-se a 21 unidades distribuídas de forma restrita, o que compromete a retaguarda hospitalar para situações de crise.

Além disso, observam-se coberturas insuficientes em municípios de médio porte. Um exemplo emblemático é Paraíso do Tocantins, que, com população estimada em 52 mil habitantes, dispõe apenas de um CAPS I, serviço de menor complexidade e cobertura limitada frente à demanda local. Situação semelhante se verifica em Palmas, capital do Estado, que, apesar de concentrar mais de 300 mil habitantes, não conta com CAPS III — equipamento essencial para o atendimento de urgência em regime de 24 horas —, tampouco com SRT habilitados, UA ou leitos SM em hospital geral, o que revela o subdimensionamento da rede diante da complexidade de sua realidade urbana.

2.3.1.1 Vazios assistenciais generalizados

A existência de apenas 21 (vinte e um) leitos em hospitais gerais em todo o Estado do Tocantins, o que corresponde a aproximadamente um leito para cada 76.500 habitantes, revela uma proporção manifestamente insuficiente quando comparada a outros estados da federação. Em Minas Gerais, por exemplo, “havia em 2022 381 leitos destinados à saúde mental em hospitais gerais, o que equivale a um leito para cada 53.800 habitantes” (Souza, 2023, p. 2). Essa comparação autoriza a conclusão de que há um déficit de pelo menos 42% no número de leitos no Tocantins, considerando-se o parâmetro mineiro, que se torna ainda mais preocupante diante do fato de Minas Gerais dispor, além desses leitos, de uma rede de hospitais psiquiátricos que absorve parte da demanda por internações.

Ressalte-se que, do ponto de vista da política antimanicomial, as internações devem ocorrer, obrigatoriamente, em leitos de hospitais gerais, de modo que cada leito de hospital psiquiátrico desativado deve corresponder ao incremento da rede de assistência comunitária e territorial. No entanto, no Tocantins, além do número reduzido de leitos, observa-se ainda a sua concentração nas cidades de Palmas e Araguaína, deixando toda a região sul do Estado sem qualquer cobertura hospitalar para situações de crise. Esse vazio estrutural fragiliza a

RAPS, forçando, na prática, a continuidade da lógica hospitalocêntrica em instituições de caráter asilar ou, em situações mais críticas, a utilização de unidades prisionais.

A ausência quase absoluta de serviços de retaguarda — como as UA's e os SRT — compromete seriamente a eficácia da política de cuidado em liberdade e a efetivação do princípio da desinstitucionalização, que constitui eixo estruturante da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Portanto, os dados colhidos evidenciam que a RAPS no Tocantins ainda opera com uma estrutura insuficiente para assegurar a plena efetivação do modelo territorial e comunitário de atenção psicossocial, tal como preconizado pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e pela Lei nº 10.216/2001.

A fragilidade na cobertura, especialmente no que tange a serviços de maior complexidade (CAPS III, leitos em hospital geral, UA e SRT), impede que o Estado avance de maneira consistente na superação do modelo asilar, além de comprometer a aplicação da Resolução CNJ nº 487/2023, que estabelece a necessidade de alternativas à internação manicomial no tratamento das pessoas com sofrimento psíquico em conflito com a lei.

2.4 A Equipe de Avaliação Psicossocial – a EAP-Desinste.

No centro dessa engrenagem normativa representada pela Resolução CNJ nº 487/2023, e de seu propósito de romper com práticas asilares, destaca-se a atuação da Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinst).

Trata-se de um elemento fundamental de conexão entre o sistema de justiça criminal, o SUS e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), funcionando como mecanismo técnico de avaliação diagnóstica e de suporte à formulação e execução do PTS das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Compete ainda à equipe comunicar aos juízos criminais responsáveis pela execução das medidas de segurança todo o acompanhamento e tratamento prestado em favor do inimputável, seja em regime de internação, seja em tratamento ambulatorial.

No Estado do Tocantins, após intensa articulação do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e Socioeducativo (GMF/TO) e do Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial (CEIMPA/TO), a Secretaria Estadual de Saúde instituiu a EAP-Desinst em setembro de 2024. Parte dos membros nomeados já integrava o CEIMPA, com participação ativa em suas reuniões, o que favoreceu

a continuidade das discussões e a celeridade na análise dos casos de pessoas submetidas a medidas de segurança em unidades prisionais. Essa integração prévia possibilitou maior fluidez no entendimento dos casos e na definição de estratégias para efetivar o tratamento em liberdade, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

2.4.1 Equipe de Avaliação Psicossocial EAP-Desinst: fundamentação normativa

As Equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas (EAP) foram introduzidas no sistema de saúde mental brasileiro em 2014, por meio da Portaria MS nº 94, de 14 de janeiro de 2014, com foco nas pessoas inimputáveis em conflito com a lei. Sua criação resultou da identificação de experiências exitosas implementadas nos Estados de Minas Gerais e Goiás, que serviram como inspiração normativa e institucional para o novo modelo. Nesses estados, já funcionavam os programas Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) e Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAI-LI), ambos estruturados após a Reforma Psiquiátrica e reconhecidos como iniciativas pioneiras na construção de alternativas ao modelo hospitalocêntrico.

Desde sua gênese, a EAP esteve ancorada em um aparato infralegal e institucional que definiu suas competências, estrutura e fontes de custeio, estando vinculada ao Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituído pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. A Portaria MS nº 95, de 14 de janeiro de 2014, complementou a regulamentação ao definir a fonte normativa de financiamento.

Recentemente, entretanto, tanto a Portaria nº 94/2014 quanto a Portaria nº 95/2014 foram revogadas pela Portaria GM/MS nº 4.876, de 18 de julho de 2024, atualmente vigente. Essa nova norma alterou a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 2017, incorporando a denominação EAP-Desinst, em clara referência ao papel estratégico dessas equipes no processo de desinstitucionalização de pessoas custodiadas em unidades prisionais ou hospitais de custódia e tratamento.

Importa destacar, contudo, que a finalidade da EAP-Desinst não se restringe ao apoio à saída desses espaços: sua função é igualmente a de promover a conexão permanente entre o sistema de justiça, o SUS e o SUAS, acompanhando todo o percurso do cumprimento da medida de segurança até sua eventual extinção.

A regulamentação atual pela Portaria GM/MS nº 4.876/2024 marca um avanço decisivo na institucionalização de estratégias articuladas, territorializadas e centradas na

proteção da dignidade das pessoas em sofrimento psíquico, contribuindo diretamente para a superação da lógica manicomial e para a efetivação do princípio do cuidado em liberdade, consagrado pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

2.4.2 Atribuições da EAP-Desinst e composição

Conforme dispõe o art. 97 da nova redação introduzida pela Portaria GM/MS nº 4.876/2024, a Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas de Desinstitucionalização (EAP-Desinst) possui um amplo conjunto de atribuições, dentre as quais destacam-se:

- a) realizar avaliações diagnósticas e apresentar proposições fundamentadas na Lei nº 10.216/2001 e nos princípios da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);
- b) subsidiar os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e de cidadania na construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS);
- c) atuar como elo entre órgãos do sistema de justiça e os serviços de saúde, assistência social e direitos humanos;
- d) priorizar as avaliações oriundas de audiências de custódia e processos de desinstitucionalização;
- e) contribuir para a capacitação técnica e para a construção de fluxos integrados de cuidado;
- f) informar ao Programa de Volta para Casa (PVC) os casos de desinternação, conforme a Lei nº 10.708/2003;
- g) realizar exame psicossocial nos incidentes de insanidade mental, de modo a subsidiar o laudo pericial biomédico, além de produzir relatório psicossocial indicando ou não a necessidade de continuidade da medida de segurança.

De forma sistemática, pode-se afirmar que as EAP-Desinst operam em três frentes estratégicas principais:

- i. na porta de entrada, durante as audiências de custódia, momento em que se inicia a construção do PTS e se acompanha o incidente de insanidade mental, elaborando-se relatório psicossocial que complementa a perícia médica, com informações sobre aspectos sociais, familiares, laborais e de trajetória de vida do paciente;
- ii. na porta de saída, quando se torna necessária a reintegração à rede comunitária, articulando o retorno social da pessoa e a efetivação da política de desinstitucionalização;

iii. no acompanhamento longitudinal e integral do cuidado, etapa considerada a mais relevante, pois compreende a comunicação aos juízos criminais sobre a dinâmica do tratamento em liberdade, incluindo ajustes em medicações, terapias ou eventual necessidade de nova internação para prevenção de recaídas, crises ou reincidências, além de fornecer subsídios técnicos sobre a eventual desnecessidade de manutenção da medida de segurança.

A Portaria GM/MS nº 4.876/2024 estabelece ainda a composição mínima da EAP-Desinst, que deve contar com: um psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental, um enfermeiro, um psicólogo, um assistente social e um profissional das ciências humanas, sociais ou da saúde. A carga horária definida é de 30 horas semanais, sendo cada equipe responsável pelo acompanhamento de até 80 pessoas.

No Estado do Tocantins, até setembro de 2024, havia 22 (vinte e dois) casos de pessoas em cumprimento de medida de segurança em unidades prisionais, dos quais oito ainda aguardam a abertura de uma Residência Terapêutica em Palmas. Paralelamente, identificaram-se 130 pessoas em tratamento ambulatorial, em geral classificadas como semi-imputáveis, que também passarão a compor a demanda da EAP-Desinst.

Por fim, a normativa é clara ao vedar a instalação e funcionamento das EAP em espaços prisionais ou asilares, devendo estas ser vinculadas, preferencialmente, às Secretarias Estaduais de Saúde ou a serviços integrados à Rede de Atenção à Saúde, de modo a garantir a centralidade do cuidado em liberdade e o princípio da territorialização da atenção.

2.4.3 Público alvo da EAP-Desinst e sua ativação

A Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas de Desinstitucionalização (EAP-Desinst) tem como objetivo central apoiar ações e serviços de atenção às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, prioritariamente nos casos graves e persistentes. Seus beneficiários abrangem: indivíduos com inquérito policial em curso; pessoas sob custódia judicial; aquelas em cumprimento de pena ou medida de segurança; liberados condicionalmente ou egressos de medida de segurança; sujeitos com incidente de insanidade instaurado; e indivíduos com demandas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

A EAP-Desinst deve atuar de forma intersetorial e articulada, podendo ser acionada por diferentes atores institucionais e sociais, dentre os quais se destacam: a Coordenação do Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP); as equipes de saúde do sistema prisional; autoridades judiciais;

membros do Ministério Público; representantes legais do beneficiário; bem como os serviços de referência em saúde mental ou a própria equipe da EAP-Desinst.

2.4.4 Monitoramento, Financiamento e Cadastramento

Atualmente, existem no Brasil 23 (vinte e três) Equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas de Desinstitucionalização (EAP-Desinst) distribuídas em 20 (vinte) estados, sendo uma delas localizada no Estado do Tocantins. Contudo, está ainda não se encontra habilitada perante o Ministério da Saúde, razão pela qual não dispõe de financiamento federal.

A Portaria que regulamenta o tema estabelece incentivo financeiro fixo mensal no valor de R\$ 66.000,00, transferido do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais ou distritais. A continuidade do repasse está condicionada a três fatores: i) o adequado cadastro da equipe no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); ii) a regularidade na prestação de informações; e iii) a manutenção da equipe mínima completa e ativa.

O acompanhamento técnico será realizado pelo Departamento de Saúde Mental da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, em conformidade com os critérios definidos pela Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES).

A percepção consolidada entre pesquisadores, operadores do direito, profissionais de saúde mental e gestores públicos é a de que o êxito das EAP-Desinst depende, de forma direta e substantiva, do grau de articulação interna e externa que consigam estabelecer, da qualificação técnica e humanística dos profissionais que as compõem, bem como da compreensão profunda acerca da relevância social, jurídica e ética do trabalho que desempenham.

Quando constituídas por profissionais comprometidos com os fundamentos da Reforma Psiquiátrica, sensíveis à complexidade das trajetórias subjetivas das pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei, e dotadas da capacidade institucional de gerenciar de maneira diligente, contínua e integrada os casos sob sua responsabilidade, as EAP-Desinst se revelam como uma das mais promissoras inovações normativas e institucionais no campo da política judiciária de desinstitucionalização.

Sua atuação, conforme delineada pela Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), representa não apenas o cumprimento técnico de diretrizes legais, mas sobretudo a concretização de uma nova racionalidade jurídico-institucional, que rompe com os paradigmas manicomiais de segregação, vigilância e cronificação da loucura.

2.4.5 EAP Desinste - Tocantins

A Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas de Segurança e da Desinstitucionalização (EAP-Desinst) do Tocantins iniciou suas atividades de forma informal em julho de 2024. Desde o início, enfrentou significativos desafios operacionais, como a descontinuidade da atuação de parte dos profissionais originalmente designados, o que gerou a necessidade de novas contratações. A equipe está vinculada à Secretaria de Estado da Saúde (SESAU/TO), especificamente à Superintendência de Política de Atenção à Saúde, à Diretoria de Atenção Especializada e à Gerência da Rede de Atenção Psicossocial (GRAPS).

Até 22 de novembro de 2024, a GRAPS encontrava-se sem gerente, e a equipe técnica não dispunha de participação cognitiva efetiva, o que impactava diretamente na gestão das demandas de desinstitucionalização. Esse cenário de desfalque estrutural e ausência de direção técnica comprometeu a execução das atividades em um momento estratégico da política antimanicomial no estado.

Para superar tais obstáculos, foi publicada, em 27 de novembro de 2024, a Portaria nº 1258/2024/SES/GASEC, que estabeleceu a referência técnica de uma coordenadora responsável pelo acompanhamento dos serviços e pela articulação entre a EAP-Desinst, a GRAPS, a RAPS e o SUAS. Essa medida busca assegurar maior eficiência na coordenação das ações e o cumprimento das metas relacionadas à desinstitucionalização.

Importa salientar que, até o momento, a instituição da equipe foi assumida pelo próprio Estado do Tocantins, sem homologação ministerial, em razão do trâmite burocrático ainda em curso. Isso impede o repasse do financiamento previsto originalmente pela Portaria MS nº 95/2014, mas não inviabilizou a manutenção das atividades, evidenciando o comprometimento da SESAU/TO com a política antimanicomial. Ressalte-se que a secretaria disponibilizou número de profissionais suficientes para o funcionamento de até duas equipes, embora um dos psiquiatras nomeados tenha deixado o grupo por motivos pessoais.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 4.876/2024, cada EAP-Desinst deve acompanhar até 80 casos. No Tocantins, há atualmente 22 (vinte e dois) casos de internação e outros 130 casos em tratamento ambulatorial, que passaram a integrar as atribuições da equipe. É importante destacar que muitos desses casos ambulatoriais se estendem há mais de dez anos, revelando um histórico de negligência processual: em vários deles não eram realizados sequer os exames periódicos de cessação de periculosidade, o que perpetuava as medidas de

segurança por tempo indeterminado, em conformidade com a lógica punitiva, a crença no mito da periculosidade e a indiferença institucional.

Com a atuação efetiva da EAP-Desinst e a realização de exames biopsicossociais, que avaliem a reintegração social, a estabilização clínica e a adesão terapêutica, espera-se que uma parcela significativa desses casos seja encerrada. Assim, acredita-se que, dos 130 processos de longa duração, apenas uma fração residual permanecerá sob acompanhamento judicial, promovendo, de forma inédita, uma redução estrutural das medidas de segurança em andamento no estado.

2.5 Contrarreforma psiquiátrica: restrições financeiras e o retorno da lógica hospitalocêntrica a partir de 2016

A Reforma Psiquiátrica brasileira, consolidada ao longo de mais de trinta anos, buscou estruturar um modelo de cuidado em saúde mental pautado na liberdade, no respeito e na autonomia das pessoas com transtornos mentais. Contudo, o período compreendido entre 2016 e 2019 foi marcado por um processo de retrocesso e desmonte das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, conduzido a partir da esfera federal, com repercussões em todo o território nacional, incluindo a RAPS e o modelo de atenção instituído pela Lei nº 10.216/2001.

Houve um movimento deliberado de deterioração dos serviços substitutivos e de fortalecimento de uma lógica manicomializada, hospitalocêntrica, repressiva e asilar. Esse fenômeno, denominado pela comunidade científica vinculada à Luta Antimanicomial como Contrarreforma Psiquiátrica, caracterizou-se pela revalorização do hospital psiquiátrico como centro da assistência, em clara contradição com a Lei nº 10.216/2001 e com a Carta de Bauru (1987) (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2022, p. 2).

Um dos elementos estruturais desse retrocesso foi a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, conhecida como “Emenda do Teto de Gastos” (Brasil, 2016), que instituiu o Novo Regime Fiscal, limitando os gastos públicos primários da União por vinte anos, com base no orçamento do exercício anterior, corrigido apenas pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Embora justificada como medida de responsabilidade fiscal, a EC 95 tem sido alvo de críticas contundentes sob a ótica dos direitos humanos, da saúde pública e da justiça social. Na prática, o dispositivo desconsidera o crescimento populacional e a ampliação das demandas sociais, gerando subfinanciamento crônico e estrangulamento progressivo de políticas públicas essenciais, especialmente na saúde,

educação e assistência social, com impactos diretos no financiamento do SUS e na manutenção da RAPS.

No mesmo período, conforme analisa Onocko-Campos (2019), houve um incentivo normativo e financeiro ao retorno da lógica asilar. A Portaria nº 3.588/2017 reintegrou os hospitais psiquiátricos à rede de atenção — sob a nomenclatura de “Hospitais-Dia” — em substituição aos CAPS, ampliando o financiamento, majorando valores de diárias e autorizando novos leitos de longa permanência. Ademais, foi criado o CAPS AD IV, com até 30 leitos em regime de internação, reproduzindo características de pequenos hospitais psiquiátricos e contrariando os princípios territoriais e comunitários do cuidado psicossocial.

Esse movimento também fortaleceu as comunidades terapêuticas confessionais, frequentemente marcadas por práticas de institucionalização e internação compulsória, distantes da lógica de reinserção social da Reforma. Como destaca Cruz, Gonçalves e Delgado (2022, p. 14), tais mudanças foram reforçadas pela Nota Técnica nº 11/2019, que rompeu de maneira explícita com as diretrizes humanistas da Reforma, legitimando a centralidade dos hospitais psiquiátricos, a valorização das comunidades terapêuticas religiosas e a reintrodução de práticas controversas, como a eletroconvulsoterapia em larga escala.

Paralelamente, após anos de crescimento consistente, o ritmo de implantação de novos CAPS foi drasticamente reduzido: a média anual de cerca de 130 novas unidades até 2015 caiu para apenas 30 em 2018 (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2022, p. 11). Tal redução comprometeu a expansão da rede e agravou os vazios assistenciais em estados como o Tocantins, onde a cobertura territorial já se mostrava fragilizada.

Em contrapartida, com a eleição do governo federal em 2022, iniciou-se um processo de revogação de normativas contrárias à Reforma Psiquiátrica, acompanhado de incremento orçamentário e fortalecimento dos serviços substitutivos. Entretanto, os efeitos práticos dessa reorientação política ainda não se concretizaram plenamente, como demonstra o caso da RAPS no Tocantins, que permanece marcada por dificuldades orçamentárias, déficit de pessoal, precariedade de recursos materiais e lentidão na expansão de serviços estratégicos.

2.6 A Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), adotada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2006 e ratificada pelo Brasil com status de emenda constitucional (Decreto Legislativo nº 186/2008; Decreto nº 6.949/2009), representa a consolidação do modelo social de deficiência. Ao romper com a

perspectiva estritamente assistencialista e médico-reabilitadora, o tratado internacional estabelece que são as barreiras impostas pelo meio — e não unicamente as limitações individuais — as principais responsáveis pelos processos de exclusão, marginalização e discriminação.

Nesse sentido, a Convenção institui obrigações jurídicas vinculantes aos Estados Partes, exigindo a adoção de medidas destinadas a assegurar a plena participação social, a igualdade de oportunidades e a acessibilidade das pessoas com deficiência em todas as dimensões da vida civil, política, econômica, social e cultural.

No contexto brasileiro, a CDPD não apenas impulsionou a formulação de políticas públicas inclusivas, mas também orientou a hermenêutica constitucional e a produção legislativa, sendo exemplo marcante a promulgação da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015). Sua incorporação com força normativa constitucional reforça a centralidade dos princípios da dignidade da pessoa humana e da não discriminação, estimulando a implementação de uma abordagem transversal em áreas como educação, trabalho, saúde, transporte e participação política.

Dessa forma, a Convenção configura-se como um instrumento jurídico-ético estruturante para a construção de uma sociedade inclusiva, comprometida com o respeito à diversidade humana e com a eliminação de barreiras atitudinais, físicas, arquitetônicas e comunicacionais.

2.6.1 Modelos de Compreensão da deficiência

Compreender os modelos de deficiência ao longo da história significa constatar que o tema esteve, em grande parte, associado a preconceitos estruturais que atribuíram às pessoas com deficiência o estigma da incapacidade e/ou da periculosidade. Essa percepção contribuiu para a legitimação de práticas sociais e jurídicas de exclusão, marginalização e, em alguns contextos, até de eliminação desses indivíduos. Tal panorama histórico torna-se essencial para a interpretação das práticas jurídicas que se consolidaram em torno da exclusão, da tutela e, posteriormente, da proteção formal das pessoas com deficiência (Nigro, 2022, p. 11).

Nesse sentido, Piovesan (2019, p. 55) enfatiza que:

A história da construção dos direitos humanos das pessoas com deficiência compreende quatro fases: a) uma fase de intolerância em relação às pessoas com deficiência, em que esta simbolizava impureza, pecado ou mesmo castigo divino; b) uma fase marcada pela invisibilidade das pessoas com deficiência; c) uma terceira fase, orientada por uma ótica assistencialista, pautada na perspectiva médica e

biológica de que a deficiência era uma “doença a ser curada”, estando o foco no indivíduo “portador da enfermidade”; e d) finalmente uma quarta fase, orientada pelo paradigma dos direitos humanos, em que emergem os direitos à inclusão social, com ênfase na relação da pessoa com deficiência e do meio em que ela se insere, bem como na necessidade de eliminar obstáculos e barreiras superáveis, sejam elas culturais, físicas ou sociais, que impeçam o pleno exercício de direitos humanos.

E assim, é possível sintetizar o processo histórico em distintos momentos que se caracterizam, respectivamente, por uma primeira fase, de extermínio das pessoas com deficiência, seguida pela exclusão caritativa e cultural, até a fase contemporânea, iniciada no século XIX, que se subdivide em integração instrumental, inclusão e, por fim, emancipação.

A doutrina destaca a existência de três modelos principais de compreensão da deficiência e que foram colocados em prática em sucessivos períodos históricos: o modelo de prescindibilidade, o modelo médico e o modelo social. Entretanto, percebe-se que mesmo com o ordenamento jurídico atual não apoiando tais preconceitos, uns e outros modelos permanecem arraigados nas práticas sociais com maior ou menor intensidade.

2.6.1.1 O Modelo de Prescindibilidade

Este modelo reflete a postura social de evidente exclusão das pessoas com deficiência, sob a crença de que elas não teriam contribuição a oferecer. O chamado modelo de prescindibilidade é classificado em dois submodelos:

a) Submodelo de Eliminação – caracterizado pela crença de que a vida da pessoa com deficiência “não vale a pena ser vivida”. Práticas associadas incluíam o infanticídio de crianças com diversidades funcionais congênitas, como a “exposição” em Esparta, ou a permissão, prevista na Tábua IV das Doze Tábuas em Roma Antiga, para que pais matassem filhos considerados disformes. Na história recente, o exemplo mais trágico ocorreu na Alemanha nazista, com o programa de “eutanásia” que assassinou aproximadamente 300 mil pessoas com deficiência. Tal prática foi lastreada na ideologia eugênica, promovida por autores como Francis Galton e Charles Davenport, que defendiam a seleção artificial e a esterilização compulsória (Nigro, 2022, p. 25);

b) Submodelo de Marginalização – tem como característica central a exclusão social, manifestada tanto na forma de subestimação das pessoas com deficiência, tratadas como objetos de compaixão, quanto pelo medo ou rejeição que suscitavam. Esse processo intensificou-se na Idade Média, com a crença de que a deficiência era fruto do pecado — dos pais que geravam filhos nessas condições ou do próprio indivíduo que a adquiria ao longo da vida. A caridade e a penitência religiosa eram vistas como formas de redenção. Nesse período,

consolidou-se a prática do isolamento em instituições beneficentes, sustentadas por contribuições religiosas de caráter expiatório (Fonseca, 2019, p. 34). Essa prática resultou no “depósito” de pessoas em instituições totais, como o Hospital Geral de Paris (fundado em 1656), que não possuía propósito médico, mas tinha como objetivo “pôr em ordem o mundo da miséria” e isolar indivíduos indesejados.

No Brasil, o Hospital Colônia de Barbacena exemplifica a degradação extrema da dignidade humana nessas instituições. Ali, a ausência de critérios médicos para internação transformava o hospital em um instrumento de “higienização social”, motivo pelo qual Franco Basaglia o descreveu como um “campo de concentração nazista” (Nigro, 2022, p. 33).

A Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica) buscou romper com essa lógica, tornando a internação uma medida excepcional. Todavia, a permanência de instituições de internação, muitas vezes em razão da falta de suporte às famílias, demonstra que o submodelo de marginalização ainda não foi superado, exigindo maior conscientização e compromisso social para sua efetiva superação.

2.6.1.2 O Modelo Médico

Este modelo possui caráter individualista, na medida em que se centra exclusivamente nas limitações da pessoa com deficiência. Ele emergiu a partir do movimento de desinstitucionalização iniciado na segunda metade do século XX, mas manteve uma lógica biomédica que reduz a deficiência a um “problema médico pessoal”, cuja solução deveria ser encontrada em intervenções clínicas e reabilitadoras.

Nesse sentido, a reabilitação é concebida como instrumento para que a pessoa alcance um “nível de funcionamento ótimo mental ou físico”, compensando suas limitações em comparação com um padrão considerado de “indivíduo normal”.

A crítica central a esse paradigma reside no fato de que ele desconsidera que a maior parte das desvantagens vivenciadas pelas pessoas com deficiência não deriva de seus corpos, mas sim das barreiras sociais, físicas, comunicacionais e atitudinais impostas pelo meio. A adesão ao modelo médico conduz, portanto, a uma visão discriminatória, segundo a qual os direitos das pessoas com deficiência seriam “especiais” ou vinculados a uma lógica de caridade, o que reforça sua associação à ideia de “perdedores biológicos”.

Dessa forma, assim como o modelo de prescindibilidade, o modelo médico também se mostra excludente, pois impõe às pessoas com deficiência o dever de se modificar para que sejam aceitas na sociedade.

Nesse contexto, observa-se uma ênfase na busca pela “cura” ou pela superação da deficiência, em detrimento da construção de estratégias de acomodação social e de inclusão. Um exemplo concreto dessa prática é a educação segregada, na qual o insucesso na adaptação do indivíduo ao sistema educacional é interpretado como falha intrínseca da própria pessoa com deficiência, e não como expressão da falta de acessibilidade e de suporte institucional.

Embora amplamente criticado, o modelo médico permanece profundamente arraigado em nossa sociedade, que “insiste em exigir que a pessoa com deficiência se adapte às normas sociais hegemônicas, em vez de promover transformações estruturais para acolhê-la” (Nigro, 2022, p. 40).

2.6.1.3 O Modelo Social

Em contraste com o modelo médico, o modelo social da deficiência sustenta que a limitação não reside na pessoa, mas nas barreiras físicas, comunicacionais, atitudinais e institucionais impostas pela sociedade. Esse paradigma estabelece uma distinção fundamental entre “impedimento” — característica do corpo, mente ou sentidos do indivíduo — e “deficiência” — entendida como a desvantagem ou restrição de participação causada por padrões sociais excludentes.

Segundo Michael Oliver, um dos principais formuladores do modelo, a deficiência deve ser compreendida como uma “consequência da opressão social”, abrangendo todos os fatores que restringem a vida das pessoas com deficiência, tais como preconceito, discriminação institucional, prédios inacessíveis, transportes inadequados, educação segregada e arranjos laborais excludentes. Assim, o modelo social desloca o foco da ideia de que a pessoa com deficiência deva ser “corrigida” ou “normalizada” para se adequar à sociedade, afirmando, ao contrário, que é a própria sociedade que deve eliminar as barreiras que impedem a participação plena de todos.

Embora não negue a existência dos impedimentos ou a relevância de cuidados de saúde, o modelo social reforça que a intervenção médica deve priorizar o bem-estar, a qualidade de vida e a autonomia do indivíduo, e não a sua adaptação compulsória a padrões normativos de funcionalidade. O objetivo central desse paradigma é a inclusão plena, a valorização da contribuição social das pessoas com deficiência e a promoção da conscientização coletiva (Nigro, 2022, p. 46).

Esse entendimento foi incorporado pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), adotada pela Assembleia Geral da ONU em 2006 e ratificada pelo Brasil

com status de emenda constitucional. O tratado define a pessoa com deficiência a partir da interação entre impedimentos de longo prazo e barreiras sociais que podem obstruir sua participação plena e efetiva em igualdade de condições com as demais pessoas. A CDPD consagra princípios como dignidade inerente, autonomia individual e não discriminação, consolidando-se como marco jurídico e político para a construção de uma sociedade inclusiva.

Apesar de concebido na década de 1980, o modelo social ainda enfrenta entraves significativos para sua implementação efetiva, sobretudo em virtude da persistência do estigma e do preconceito. Entretanto, sua adoção pela CDPD e por legislações nacionais, como a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), representa um compromisso internacional e interno em favor da transformação estrutural e da promoção dos direitos humanos.

2.6.2 A Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência e sua intersecção com a Resolução do CNJ nº 487/23

O Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, promulgou a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York em 30 de março de 2007. Esse decreto assegura a execução e o cumprimento integral da Convenção e de seu Protocolo no Brasil, atribuindo-lhes status de emenda constitucional. A CDPD, que entrou em vigor no país em 31 de agosto de 2008, tem por objetivo promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais pelas pessoas com deficiência, bem como promover o respeito pela sua dignidade inerente.

O propósito central da Convenção é garantir que pessoas com impedimentos de longo prazo — físicos, mentais, intelectuais ou sensoriais — não tenham sua participação plena e efetiva na sociedade obstruída por barreiras de qualquer natureza, assegurando-lhes igualdade de condições com as demais pessoas. Entre os princípios consagrados pela CDPD, destacam-se: o respeito pela dignidade inerente; a autonomia individual, incluindo a liberdade de fazer escolhas; a independência das pessoas; a não discriminação; a plena e efetiva participação e inclusão na sociedade; o respeito pela diferença e pela aceitação da deficiência como parte da diversidade humana; e a igualdade de oportunidades.

Ao se analisar a Resolução CNJ nº 487/2023, constata-se sua íntima conexão com esses princípios. A Convenção, juntamente com a Lei nº 10.216/2001, constitui o alicerce

jurídico e político que inspirou a construção da Resolução, voltada à promoção da política antimanicomial no âmbito do sistema de justiça.

O artigo 4º, item 1, alínea “b” (Obrigações Gerais), da Convenção impõe aos Estados Partes o dever de adotar medidas necessárias, inclusive legislativas, para modificar ou revogar leis, regulamentos, costumes e práticas discriminatórias contra pessoas com deficiência. Em consonância, a Resolução CNJ nº 487/2023, ao instituir a Política Antimanicomial, busca transformar a visão tradicional que associava automaticamente a deficiência psicossocial à periculosidade, reconhecendo a pessoa com transtorno mental como sujeito de direitos.

Ainda no artigo 4º, item 1, alínea “i”, a Convenção prevê a capacitação de profissionais e equipes que atuam com pessoas com deficiência, de modo a melhorar a prestação de serviços e a proteção de direitos. A Resolução nº 487/2023 reflete esse compromisso ao recomendar a realização de cursos de qualificação e atualização para magistrados e servidores, medida incorporada no Termo de Cooperação Técnica do TJTO, que prevê a promoção de palestras, seminários e a formulação de um Plano de Educação Permanente em políticas penais, saúde mental e assistência social.

O artigo 5º, item 3 (Igualdade e Não Discriminação), estabelece que os Estados Partes devem adotar medidas apropriadas para garantir adaptações razoáveis, a fim de assegurar a igualdade. Embora a Resolução nº 487/2023 não empregue expressamente essa terminologia, ela promove a atenção individualizada, sobretudo por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS), construído de acordo com a singularidade da pessoa em tratamento, reforçando a lógica comunitária e territorial.

O artigo 10 (Direito à Vida) reafirma o compromisso dos Estados Partes em adotar todas as medidas necessárias para garantir a efetividade desse direito às pessoas com deficiência, em igualdade de condições. Esse princípio encontra ressonância direta na Resolução nº 487/2023, que se fundamenta na dignidade da pessoa humana e na proteção dos direitos fundamentais das pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei, incluindo o direito à saúde e à liberdade como dimensões essenciais da vida.

O artigo 13 (Acesso à Justiça) garante às pessoas com deficiência o direito de acesso à justiça em igualdade de condições, mediante adaptações processuais adequadas e capacitação dos profissionais da área. De forma correspondente, a Resolução nº 487/2023 assegura, por exemplo, que nas audiências de custódia a pessoa com indícios de transtorno mental possa manifestar a vontade de ter acompanhante durante o ato, além de determinar que a autoridade judicial avalie o uso de algemas e contenções físicas, prevenindo práticas de tortura ou maus-tratos. Nesse mesmo sentido, a minuta de resolução que prevê a criação da Central de

Medidas de Segurança, como produto técnico deste mestrado profissional, ao incorporar o Balcão Virtual e outros meios eletrônicos de atendimento a advogados, familiares e pacientes judiciários, fortalece o acesso democrático à justiça.

Por sua vez, o artigo 14 (Liberdade e Segurança da Pessoa) assegura que pessoas com deficiência não podem ser privadas de sua liberdade pelo simples fato da deficiência. Toda privação deve observar a legalidade e incluir garantias processuais. A Resolução CNJ nº 487/2023 reafirma esse princípio ao vedar internações em instituições de caráter asilar ou prisionais, determinando que a internação, sempre em leito de hospital geral, deve constituir medida absolutamente excepcional e temporária. Implicitamente, a Resolução também orienta que a prisão preventiva nas audiências de custódia seja tratada como ultima *ratio*, especialmente diante de indícios de sofrimento mental, devendo prevalecer a priorização do cuidado em saúde.

O Artigo 15 (Prevenção contra Tortura ou Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes) da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) estabelece que nenhuma pessoa deve ser submetida à tortura ou a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, nem a experimentos médicos ou científicos sem seu consentimento livre e informado. Os Estados Partes têm o dever de adotar medidas efetivas para prevenir tais práticas. Em consonância, a Resolução CNJ nº 487/2023 explicita a vedação à tortura, maus-tratos e tratamentos degradantes, alinhando-se também a outras normativas do Conselho Nacional de Justiça que regulamentam a realização de exames de corpo de delito em casos de tortura.

O Artigo 17 (Proteção da Integridade da Pessoa) garante às pessoas com deficiência o direito à integridade física e mental em igualdade de condições. A Resolução CNJ nº 487/2023 reflete esse compromisso ao priorizar o cuidado em ambiente terapêutico com os meios menos invasivos possíveis, vedando métodos desproporcionais de contenção física, mecânica ou farmacológica, assim como práticas de medicalização excessiva ou isolamento compulsório. A diretriz central é a promoção da saúde e do bem-estar, respeitando a dignidade e a autonomia do indivíduo.

No Artigo 19 (Vida Independente e Inclusão na Comunidade), a Convenção assegura o direito de todas as pessoas com deficiência de viver na comunidade com liberdade de escolha, impondo aos Estados Partes a adoção de medidas que garantam sua plena participação social e acesso a serviços comunitários. A Resolução nº 487/2023 representa um avanço nesse sentido ao priorizar o tratamento em meio aberto, os serviços comunitários de saúde mental e a revisão periódica de processos com vistas à desinstitucionalização,

progressão para tratamento ambulatorial ou transferência para serviços adequados. A norma também reconhece os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) como estratégia fundamental para acolhimento de pessoas egressas de longas internações.

O Artigo 24 (Educação) da CDPD reconhece o direito à educação inclusiva em todos os níveis, assegurando o pleno desenvolvimento do potencial humano e da participação social das pessoas com deficiência. Embora a Resolução nº 487/2023 não trate diretamente da educação, ela reforça a reinserção social por meio do acesso a direitos e atividades de autonomia, o que pode incluir a educação formal e a capacitação profissional. Como exemplo prático, destaca-se o acompanhamento de paciente desinstitucionalizado pelo Escritório Social de Palmas, que concluiu dois cursos profissionalizantes ofertados pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) de forma gratuita, com bom aproveitamento.

O Artigo 25 (Saúde) assegura o direito das pessoas com deficiência ao mais alto padrão de saúde, em igualdade de condições, incluindo serviços gratuitos ou a custos acessíveis, próximos de suas comunidades, e sempre mediante consentimento informado. A Resolução nº 487/2023 enfatiza o cuidado integral em serviços não asilares, referenciados na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011, que compreende CAPS, SRTs, Unidades de Acolhimento e leitos em Hospital Geral. Além disso, determina a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), construído de forma interdisciplinar e com participação do usuário e de sua família.

O Artigo 26 (Habilitação e Reabilitação) impõe aos Estados a organização de serviços e programas de reabilitação voltados à autonomia, participação social e profissional das pessoas com deficiência, desde o início do acompanhamento e mediante avaliação multidisciplinar. Em sintonia, a Resolução nº 487/2023 prioriza a reabilitação psicossocial pela inclusão comunitária, reconstrução de vínculos familiares, valorização das capacidades individuais e acesso à proteção social, trabalho e renda. Nesse processo, destaca-se a atuação da Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas de Segurança e da Desinstitucionalização (EAP-Desinst), responsável por avaliações diagnósticas e pela proposição de intervenções alinhadas aos princípios da RAPS, orientando a elaboração e execução do PTS.

No Artigo 27 (Trabalho e Emprego), a CDPD reconhece o direito das pessoas com deficiência ao trabalho em igualdade de oportunidades, com proibição de discriminação e garantia de condições justas de ascensão profissional. A Resolução nº 487/2023 incorpora esse princípio ao prever estratégias de reabilitação psicossocial voltadas ao acesso à renda e ao trabalho, em consonância com o componente de Reabilitação Psicossocial da RAPS,

instituído pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011, que estimula iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Em síntese, o Decreto nº 6.949/2009, ao promulgar a CDPD, consolidou um marco legal de proteção e promoção dos direitos das pessoas com deficiência, funcionando como vetor de combate às desigualdades e instrumento de transformação social. A Resolução CNJ nº 487/2023, juntamente com políticas correlatas — como a Central de Cumprimento de Medidas de Segurança 4.0 no TJTO e o Termo de Cooperação Técnica, materializa no sistema de justiça brasileiro o compromisso do Estado com a Convenção.

Ambas as normativas se fundam no paradigma dos direitos humanos e na dignidade da pessoa humana, priorizando a inclusão, a autonomia e a igualdade de oportunidades. Ao operacionalizar, no campo jurídico, princípios como o respeito à capacidade legal, a acessibilidade e o cuidado em liberdade, a Resolução nº 487/2023 alinha-se diretamente às obrigações internacionais do Brasil, reafirmando a centralidade da desinstitucionalização e da promoção da cidadania de pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial.

3. A POLÍTICA ANTIMANICOMIAL CONFORME A RESOLUÇÃO 487

A Resolução nº 487/2023, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), incorporou expressamente os princípios da política antimanicomial ao estabelecer que a atuação do Poder Judiciário em casos envolvendo pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial deve priorizar o cuidado em liberdade, a articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a vedação a práticas de caráter asilar.

Ao disciplinar as medidas de segurança e internações, a norma restringe sua aplicação a hipóteses absolutamente excepcionais, privilegiando alternativas terapêuticas e comunitárias, em consonância com a Reforma Psiquiátrica brasileira e com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Dessa forma, a Resolução rompe com o paradigma segregacionista e reafirma o compromisso institucional com a desinstitucionalização, a promoção da autonomia e a proteção integral dos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico.

3.1 Contribuições do Conselho Nacional de Justiça para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no sistema penal brasileiro antecedentes à Resolução 487

A discussão sobre saúde mental está diretamente vinculada ao processo histórico da Reforma Psiquiátrica brasileira e integra um movimento mais amplo de reformas sociais, como a Reforma Sanitária. O movimento antimanicomial emergiu no contexto da redemocratização do país, resultado de um processo social complexo. Como observado na seção anterior, a partir da década de 1970, profissionais da saúde, pessoas com experiência em internações psiquiátricas prolongadas e associações de familiares, inspirados pelo movimento italiano da Psiquiatria Democrática, iniciaram uma mobilização em prol da transformação do cuidado em saúde mental no Brasil.

A proposta da Reforma Psiquiátrica não se limita à substituição de serviços e tecnologias assistenciais — ainda que reconheça a relevância dessas mudanças —, mas implica uma nova forma de compreender e lidar socialmente com a loucura. Seu objetivo central é a desinstitucionalização, marcada pelo rompimento com práticas historicamente violadoras de direitos humanos, que se perpetuaram em instituições como os manicômios e os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs).

Nesse cenário, a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representaram avanços estruturantes no campo da saúde e da cidadania.

Posteriormente, em 2001, foi sancionada a Lei nº 10.216 — a chamada Lei da Reforma Psiquiátrica, assegurando os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e reformulando o modelo de atenção em saúde mental. Em 2009, o Congresso Nacional ratificou a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), reforçando esse marco legal com status constitucional.

Apesar dos progressos normativos e institucionais, permanecem desafios significativos para a consolidação de um modelo de atenção integral, tanto no plano estrutural quanto cultural. Reconhecendo tais dificuldades, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) passou a adotar, ao longo da última década, diversas iniciativas articuladas com o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCC), o Conselho Federal de Psicologia (CFP) e o Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), com vistas a efetivar a aplicação da Lei nº 10.216/2001 no âmbito do Sistema de Justiça.

Nesse contexto, destaca-se a realização, em 2012, do Seminário “Saúde Mental e Lei: os desafios de implantação da Lei n. 10.216/01 no Brasil”, promovido pelo Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF/CNJ). O evento reuniu magistrados, promotores, defensores públicos, profissionais da saúde e gestores, com o objetivo de refletir sobre os obstáculos enfrentados na aplicação das medidas de segurança em conformidade com os princípios da política antimanicomial.

No plano normativo, a Resolução CNJ nº 113/2010 merece destaque, por regular a execução de penas privativas de liberdade e medidas de segurança, estabelecendo que estas devem observar os princípios da Lei nº 10.216/2001. A norma orienta os juízes a promoverem políticas antimanicomiais sempre que possível. Ainda que sua efetividade prática tenha sido limitada, representou uma intervenção relevante do CNJ, órgão de central importância na hierarquia do Poder Judiciário e responsável por uniformizar diretrizes, metas e procedimentos em âmbito nacional.

Posteriormente, a Recomendação CNJ nº 35/2011 reforçou essas orientações, ao propor ações de desinstitucionalização e estímulo ao modelo de cuidado em liberdade, com base em serviços substitutivos. A Resolução CNJ nº 214/2015 atribuiu aos Grupos de Monitoramento e Fiscalização (GMFs) dos Tribunais de Justiça a responsabilidade de supervisionar o cumprimento das medidas de segurança. Em complemento, a Resolução CNJ nº 414/2021 (Brasil, 2021) estabeleceu diretrizes para a realização de exames de corpo de delito em casos de suspeita de tortura ou maus-tratos, com base no Protocolo de Istambul.

Essa resolução introduziu parâmetros para a avaliação de violações de direitos humanos no contexto da privação de liberdade, especialmente quanto ao uso abusivo de contenção física, isolamento compulsório, medicalização excessiva e outros métodos incompatíveis com os princípios da dignidade e do cuidado humanizado.

Embora alguns tribunais tenham se antecipado e inovado em programas voltados à reestruturação das medidas de segurança, como o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), em Minas Gerais, e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAI-LI), em Goiás, ainda persistiam inúmeros obstáculos de ordem estrutural e cultural no Sistema de Justiça Penal no que concerne à saúde mental. Essa resistência comprometia a aplicação de normas como a Resolução CNPCP nº 4/2010, que previa a substituição do modelo manicomial no prazo de dez anos, mediante a criação de programas alternativos de atenção a pacientes judiciários.

Para a efetivação dessa diretriz, fazia-se necessário encerrar progressivamente as atividades dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), além de impedir a criação de novas unidades, promovendo a reintegração social dos pacientes com apoio de serviços substitutivos.

Outro ponto fundamental era o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como condição para garantir a viabilidade de medidas alternativas à internação. Ademais, qualquer mudança em políticas públicas deveria observar os trâmites legais estabelecidos e manter estrita conformidade com os princípios da Lei nº 10.216/2001 e dos tratados internacionais de direitos humanos.

Esse cenário também foi impactado pela condenação do Brasil no caso *Ximenes Lopes vs. Brasil*, pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), que reconheceu violações de direitos humanos em decorrência da morte de Damião Ximenes Lopes em uma clínica psiquiátrica no Ceará. O arquivamento do caso somente ocorreu em 2023, após o cumprimento do ponto resolutivo nº 8 da sentença condenatória, especialmente o compromisso estatal de lançar um curso de formação continuada para profissionais de saúde, denominado “*Direitos Humanos e Saúde Mental – Curso Permanente Damião Ximenes Lopes*”.

Em resposta, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) intensificou sua atuação na área de saúde mental. Criou, por meio da Resolução CNJ nº 142/2021 (CNJ, 2021a), a Unidade de Monitoramento e Fiscalização, com a finalidade exclusiva de adotar medidas e encaminhamentos para a implementação das sentenças da Corte Interamericana de Direitos Humanos. Em audiência de supervisão de sentença, o Estado brasileiro assumiu o

compromisso de implementar o referido curso de formação continuada para profissionais da saúde mental, e o CNJ comprometeu-se, ainda, a promover capacitações complementares voltadas a outros atores do sistema de justiça que lidam diretamente com a temática.

Desse compromisso nasceu o Grupo de Trabalho Ximenes Lopes (GT Ximenes Lopes), instituído pela Portaria CNJ nº 142/2021 (CNJ, 2021b), em parceria com o Programa *Fazendo Justiça*, fruto de cooperação entre o CNJ e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Entre as atribuições do GT destacaram-se: i) avaliar diretrizes e medidas voltadas à superação das dificuldades na promoção da saúde mental de pessoas internadas por motivos psiquiátricos ou em cumprimento de medidas de segurança; ii) propor arranjos normativos, institucionais e organizacionais para a implementação das obrigações assumidas pelo Brasil em tratados internacionais de direitos humanos.

Como resultado desse processo, em 15 de fevereiro de 2023, o Plenário do Conselho Nacional de Justiça aprovou, por unanimidade, a minuta que deu origem à Resolução CNJ nº 487/2023, consolidando um marco normativo histórico para a política antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário.

Chega-se, então, à Resolução nº 487/2023, publicada em 27 de fevereiro de 2023. Sua edição representa um marco jurídico de grande relevância para a consolidação de um modelo de justiça penal comprometido com os direitos das pessoas com transtornos mentais. Não seria exagero afirmar que estamos diante da oportunidade de contribuir para um salto civilizatório de grande envergadura, que, guardadas as devidas proporções, pode ser comparado à obra *Dos Delitos e das Penas*, de Cesare Beccaria, marco teórico do direito penal liberal que defendeu o fim dos suplícios e das penas desproporcionais.

Ao estabelecer princípios norteadores para a atuação dos magistrados, o Conselho Nacional de Justiça busca alinhar as ações e os procedimentos do Poder Judiciário às diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Todavia, a efetividade desses princípios impõe desafios teóricos e práticos que exigem análise crítica.

Diversamente do ocorrido na Itália, que aprovou em 2014, pelo Parlamento, o fechamento dos manicômios judiciais — 36 anos após a sua reforma psiquiátrica, no Brasil, diante da omissão legislativa, chegou-se a uma solução interpretativa. Essa solução fundamenta-se na própria legislação sanitária, na Constituição Federal de 1988 e no Tratado Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, partindo da premissa de que o modelo asilar dos manicômios judiciais é absolutamente incompatível com o paradigma de tratamento consagrado no ordenamento jurídico brasileiro.

Ao contrário do que alegam alguns críticos, o Conselho Nacional de Justiça não legislou sobre matéria reservada ao Congresso Nacional. O CNJ apenas estipulou diretrizes e princípios, fornecendo ao Poder Judiciário parâmetros para aplicar a legislação sanitária em matéria de saúde mental, ao mesmo tempo em que promoveu ajustes interpretativos na legislação penal, processual penal e penitenciária, em consonância com a Constituição de 1988 e com a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

É certo que a Resolução fixou marcos relevantes e instituiu uma mudança paradigmática que vinha sendo construída desde 2010, quando o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) já previa, por meio da Resolução nº 5/2010, o fechamento dos manicômios judiciais e a priorização do tratamento em meio social e comunitário.

No subitem seguinte deste relatório, serão analisados os dispositivos da Resolução nº 487/2023, em diálogo com a Reforma Psiquiátrica brasileira. Tal análise será desenvolvida a partir de uma leitura crítica fundamentada em autores do campo da saúde mental, do direito constitucional e do direito internacional, com vistas a uma melhor compreensão do alcance normativo e político do ato do Conselho Nacional de Justiça.

3.2 Compreendendo a Resolução 487

A Resolução nº 487/2023 é composta por 24 artigos, distribuídos em três capítulos: *Disposições Gerais*; *Diretrizes da Política Antimanicomial* — este subdividido em cinco seções; e *Disposições Finais*. Sua publicação representou, no campo jurídico, um verdadeiro giro paradigmático no tratamento conferido às pessoas inimputáveis. As diretrizes e os princípios nela contidos orientam todo o Poder Judiciário a aplicar os ditames da Lei nº 10.216/2001 em todos os casos de pessoas submetidas a medidas de segurança, inaugurando um novo olhar sobre uma realidade historicamente marcada por desumanidades.

Com efeito, até então, pessoas que, embora absolvidas em razão de inimputabilidade, eram submetidas a medidas de segurança de caráter quase perpétuo ou, conforme entendimento jurisprudencial mais recente, limitadas ao máximo da pena prevista para o crime correspondente. Em ambos os casos, verificava-se flagrante desproporcionalidade e evidente violação a direitos fundamentais.

A Resolução nº 487/2023, nesse sentido, estabelece diretrizes que apontam um caminho a ser seguido pelo Poder Judiciário, tendo como efeito mais pragmático a determinação do fechamento dos manicômios judiciais no prazo de um ano.

O Capítulo I dispõe sobre conceitos, definições, princípios e diretrizes gerais que regulam o tratamento das pessoas com deficiência no âmbito da jurisdição penal.

O Capítulo II, dividido em cinco seções, organiza os fluxos procedimentais:

- a) na primeira seção, disciplina a abordagem nas audiências de custódia, em casos de pessoas em conflito com a lei reconhecidamente ou indiciariamente portadoras de transtorno mental;
- b) na segunda seção, trata das situações em que o sofrimento ou transtorno mental seja identificado no curso da prisão preventiva;
- c) na terceira seção, regula a aplicação das medidas de segurança após sentença de absolvição imprópria, determinando que se dê prioridade ao tratamento ambulatorial, em detrimento da internação;
- d) na quarta seção, aborda os casos em que a inimputabilidade seja constatada apenas no curso do cumprimento da pena;
- e) na quinta seção, dispõe sobre a desinstitucionalização, estabelecendo a obrigatoriedade do Projeto Terapêutico Singular (PTS), o planejamento das altas e a reabilitação psicossocial em meio aberto. Essa seção ainda fixa prazos para o fechamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, para a revisão dos processos em curso e para a interdição parcial dos estabelecimentos destinados a esse público, proibindo, na prática, novos ingressos.

Por fim, o Capítulo III, que reúne as *Disposições Finais*, trata das atribuições dos Grupos de Monitoramento e Fiscalização (GMFs) no tocante à política antimanicomial. Confere destaque à criação dos Comitês Estaduais Interinstitucionais de Monitoramento e Fiscalização da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário (CEIMPA), à instituição e ao fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e das Equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas de Segurança e da Desinstitucionalização (EAP-Desinst).

Determina, ainda, a mobilização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para garantir integração entre as práticas da Justiça Criminal, da PNAISP e das diretrizes de atenção em saúde mental previstas na Lei nº 10.216/2001. Ademais, recomenda aos tribunais que promovam, por meio das Escolas da Magistratura, programas de formação continuada para magistrados e servidores no tema da saúde mental.

3.2.1 Conceitos elementares

O artigo 2º da Resolução nº 487/2023 apresenta conceitos fundamentais que merecem ser cuidadosamente analisados, considerando a peculiaridade da temática. Os atores da jurisdição criminal — juízes, promotores, defensores, advogados e servidores — em geral não possuem familiaridade com a saúde mental. Da mesma forma, médicos, psicólogos e assistentes sociais tampouco detêm, em regra, formação específica quanto às matérias próprias da justiça criminal. Assim, a clareza conceitual se torna indispensável para a correta aplicação normativa.

O primeiro conceito, inspirado parcialmente na definição de deficiência constante na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), reproduz a lógica do modelo social de deficiência. Trata-se de uma noção abrangente, que contempla qualquer comprometimento, impedimento ou dificuldade de ordem psíquica, intelectual ou mental, quando confrontado com barreiras atitudinais ou institucionais que inviabilizem a plena organização da vida, causem sofrimento psíquico ou demandem cuidados.

Importante observar que a Resolução afasta a exigência de exame médico-legal ou de medida de segurança para a aplicação desse tratamento. Isso significa que, independentemente de constatação formal, o indivíduo deve receber atenção em saúde mental em qualquer fase do ciclo penal, tal como se não estivesse em conflito com a lei.

Outro conceito relevante é o da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), definida em conformidade com a legislação de regência, em especial o Decreto nº 1.088/2012. A Resolução também menciona a Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas de Segurança (EAP), atualmente denominada EAP-Desinste, cuja função é estratégica para o êxito da política antimanicomial.

A EAP-Desinste desempenha papel de elo entre o sistema de justiça criminal, a RAPS e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), articulando fluxos que garantem tanto a integralidade do cuidado quanto a proteção dos direitos fundamentais. Pela relevância de suas atribuições, será analisada em subseção própria.

Ainda no artigo 2º, aparecem os Centros de Atendimento às Pessoas em Custódia (APECs), serviços compostos por equipes multidisciplinares que atuam no suporte aos juízes de custódia. Seu objetivo é encaminhar demandas sociais dos custodiados, funcionando como instrumentos capazes de desempenhar papel crucial também na área da saúde mental. A atuação das APECs abrange momentos antes, durante e após as audiências de custódia. Contudo, no Estado do Tocantins, ainda não se conta com a implementação efetiva dessas

equipes, embora haja compromissos já firmados entre a Secretaria da Cidadania e Justiça (Seciju) e o Poder Judiciário para sua instalação nas três maiores comarcas.

A Resolução define também os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), que podem ser compreendidos como a individualização da medida de segurança. O PTS corresponde a um conjunto de condutas terapêuticas planejadas para um indivíduo, família ou comunidade, elaborado a partir da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e centrado na singularidade da pessoa acompanhada. Busca, assim, alinhar objetivos comuns entre equipe e usuário, promovendo uma estratégia compartilhada de gestão do cuidado em saúde mental.

Por fim, destaca-se o conceito de Modelo Orientador, documento elaborado pelo Conselho Nacional de Justiça com o intuito de instruir o Poder Judiciário sobre os fluxos adequados para o atendimento das pessoas com transtorno mental em procedimentos criminais, em ambientes compatíveis com a atenção em saúde, nos termos da Resolução.

O documento tem caráter de guia nacional, admitindo adaptações conforme especificidades locais. No Estado do Tocantins, o CEIMPA já elaborou minuta de provimento com base nesse modelo, atualmente em análise pela Corregedoria-Geral de Justiça. Tal minuta constitui, inclusive, um dos resultados técnicos decorrentes deste mestrado profissional.

Além das definições, o artigo 2º elenca os princípios da política antimanicomial voltados à jurisdição penal, os quais serão detalhados no próximo subitem.

3.2.2 Princípios orientadores da resolução

O artigo 3º da Resolução, em seus incisos I a XII, estabelece os princípios que devem reger a política antimanicomial, bem como as diretrizes a serem seguidas no âmbito da jurisdição penal. Ao fixar princípios norteadores para a atuação dos magistrados, o Conselho Nacional de Justiça busca alinhar o Poder Judiciário às diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Entre os princípios destacados, ressaltam-se a intersetorialidade, a centralidade da dignidade da pessoa humana e a necessidade de superação das práticas asilares no tratamento penal da loucura.

3.2.2.1 O respeito pela dignidade humana, singularidade e autonomia de cada pessoa e o acesso à Justiça em Igualdade de Condições

A dignidade da pessoa humana constitui o eixo normativo e ético da Política Antimanicomial, encontrando amparo tanto na Constituição Federal (art. 1º, III) quanto nos tratados internacionais de direitos humanos. A Resolução nº 487/2023 reafirma essa centralidade ao reconhecer o indivíduo em sofrimento psíquico como sujeito de direitos, e não mais como mero objeto de tutela ou contenção institucional.

Conforme Salgado (2011, p. 161), a dignidade humana deve ser entendida como um valor absoluto e intrínseco à racionalidade e à liberdade do ser humano, visto que “a dignidade humana é um valor absoluto que expressa o que o homem tem de mais humano, a sua capacidade, enquanto ser racional, de ser livre”.

O princípio da dignidade da pessoa humana, aliado à garantia da singularidade e da autonomia dos indivíduos, em especial das pessoas com deficiência psicossocial, também é reafirmado pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Decreto nº 6.949/2009). O artigo 3º da Convenção elenca como princípios fundamentais o respeito pela dignidade inerente, pela autonomia individual — incluindo a liberdade de fazer as próprias escolhas — e pela independência das pessoas. Esses preceitos dialogam diretamente com os fundamentos da Reforma Psiquiátrica, a qual propõe a substituição da lógica asilar por um modelo de cuidado em liberdade, centrado na subjetividade e no projeto de vida de cada indivíduo.

A dignidade da pessoa humana atua como núcleo essencial dos direitos fundamentais, funcionando ao mesmo tempo como fundamento e como limite da atuação estatal. Nesse sentido, Sarlet (2012, p. 106) observa que a dignidade pode tanto justificar a restrição de determinados direitos em favor da própria dignidade quanto operar como um “limite dos limites”, isto é, como barreira contra restrições abusivas a direitos fundamentais. Tal perspectiva reforça a necessidade de que o Poder Judiciário atue como garantidor da liberdade, da participação e do reconhecimento da pessoa com transtorno mental como cidadã de direitos.

Piovesan (2012, p. 39) acrescenta que a autonomia das pessoas com deficiência deve ser promovida de forma ativa pelo Estado, não podendo ser substituída por discursos meramente protetivos que silenciem sua voz. Sob o paradigma do modelo social de deficiência e dos direitos humanos, incumbe ao Estado remover as barreiras que dificultam a plena inclusão: “são reconhecidos os direitos à inclusão social, com ênfase na relação da

pessoa com deficiência e do meio em que ela se insere, bem como na necessidade de eliminar e superar obstáculos e barreiras superáveis, sejam elas culturais, físicas ou sociais, que impeçam o pleno exercício dos direitos humanos”.

No contexto da Reforma Psiquiátrica, tanto no Brasil quanto na Itália, diversos autores enfatizam o respeito à dignidade das pessoas com sofrimento mental, inclusive daquelas em conflito com a lei. No Brasil, estudiosos como Paulo Amarante, Ana Pitta e Jurandir Freire Costa denunciam o uso das instituições psiquiátricas como mecanismos de exclusão, punição e contenção. Para Pitta (1996, p. 23-24), a reabilitação psicossocial deve ser compreendida como a restituição da cidadania e o reconhecimento do sujeito, uma vez que a “reabilitação psicossocial poderá significar justamente um tratado ético-estético que anime os projetos terapêuticos para alcançarmos a utopia de uma sociedade justa com chances iguais para todos”.

Na Itália, Franco Basaglia, precursor da Reforma Psiquiátrica, foi enfático ao defender que o objetivo não é apenas melhorar o tratamento médico, mas abolir as instituições que operam como mecanismos de segregação. Em sua obra clássica, a instituição negada, Basaglia sustenta, em análise crítica da psiquiatria tradicional sustenta:

Foi a ciência que afirmou que o doente mental deveria ser resultado de uma alteração biológica mais ou menos indefinido, diante da qual nada se poderia fazer, senão aceitar docilmente sua diferença relativamente à norma, decorrendo daí instituições psiquiátricas, e expressão direta da impotência de uma disciplina, que em face da doença mental, limitou-se a apenas, defini-la, catalogá-la e a geri-la, sendo a loucura, portanto, uma forma de exclusão social legitimada pela ciência” (Basaglia, 1985, p. 104).

A experiência de Basaglia em Trieste demonstrou que é possível romper com o manicômio e construir práticas de cuidado baseadas na liberdade, autonomia e inclusão comunitária, inclusive para sujeitos considerados “perigosos” ou inimputáveis. Esses autores convergem na crítica ao paradigma manicomial e no apelo à construção de políticas públicas e de práticas jurídicas fundadas no respeito à dignidade, à singularidade e à autonomia de todas as pessoas, inclusive aquelas com sofrimento mental em conflito com a lei. Nesse sentido, a Resolução nº 487/2023 representa uma inflexão importante na tradição jurídica brasileira, ao recusar o tratamento desigual e a lógica da contenção, substituindo-a por um compromisso com os direitos humanos e com a cidadania plena.

Por outro lado, a Resolução nº 487/2023 explicita ainda o devido processo legal, o contraditório e a ampla defesa como pilares que devem ser assegurados às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, em igualdade de condições. Essa previsão normativa

representa um avanço fundamental, pois rompe com a concepção histórica de inimputabilidade como sinônimo de exclusão do processo penal. Reconhece-se, portanto, que essas pessoas têm direito a participar, a serem ouvidas e a influenciar o curso do processo judicial, o que requer garantias adaptadas e acompanhamento técnico adequado.

No artigo “Dignidade Humana e Acesso à Justiça”, publicado na *Revista da ESMAT* (2023), Salgado destaca que a dignidade não pode ser concebida isoladamente, sendo inseparável da efetivação do direito de acesso à justiça: “não há como garantir uma dignidade mínima sem assegurar um acesso efetivo à justiça, pois ambas as temáticas se exigem mutuamente” (Salgado, 2023).

Contudo, na realidade forense, essa diretriz ainda encontrava resistência diante da permanência de práticas medicalizantes, despersonalizantes e criminalizantes. O modelo de medida de segurança indefinida, amplamente criticado pela doutrina, traduz ainda a concepção de periculosidade como atributo essencial e permanente do louco infrator. Ao afastar o portador de sofrimento mental da possibilidade de cumprimento de pena, com o objetivo de melhorar sua condição em relação ao direito penal, já no Código Penal Suíço de 1890, o tempo demonstrou que tal formulação foi um desacerto: “a *scientia* trouxe-lhe apenas exclusão e segregação, travestida de tratamento, cuja única saída é a não-saída. Esta foi a prática da medida de segurança desde seu início” (De Mattos, 2006, p. 147).

A medida de segurança, embora historicamente apresentada com a pretensão de carregar em si boas intenções e um caráter pretensamente científico, fundamentou-se no conceito abstrato e não científico de periculosidade, com raízes nas ideias lombrosianas, que se limitava a um exercício de probabilidade e futurologia.

Essa abordagem, centrada na noção de que a deficiência ou transtorno mental seria um problema intrínseco ao indivíduo (o modelo médico ou individual de deficiência), resultou primariamente em segregação e desespero, em vez de promover o respeito pela dignidade inerente a todas as pessoas. É desta forma que o Judiciário contemporâneo é desafiado a reconstruir seus fundamentos epistemológicos, procedimentais e éticos, para que tal princípio não se torne meramente retórico.

3.2.2.2 *O respeito pela diversidade e a vedação a todas as formas de discriminação e estigmatização: interseccionalidades e vulnerabilidades*

A Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), ao instituir diretrizes para o tratamento judicial de pessoas com transtornos mentais ou com sofrimento

psíquico no âmbito penal, consolida um compromisso normativo com os princípios fundamentais da dignidade da pessoa humana, da igualdade substancial e do acesso equitativo à justiça. Entre suas diretrizes mais relevantes, destaca-se o reconhecimento da diversidade humana e a vedação expressa a todas as formas de discriminação e estigmatização, com atenção especial aos aspectos interseccionais de agravamento das vulnerabilidades.

Esse reconhecimento institucionaliza o dever do Poder Judiciário de observar, em suas práticas decisórias e políticas públicas internas, os múltiplos marcadores de exclusão que afetam determinados grupos sociais, entre os quais se incluem: a população negra, mulheres, pessoas LGBTQIA+, cuidadores e responsáveis por crianças e adolescentes, povos indígenas, comunidades tradicionais, migrantes, população em situação de rua, idosos, pessoas convalescentes e pessoas com deficiência. Trata-se de um avanço normativo que incorpora, de forma expressa, a noção de hipervulnerabilidade como categoria jurídica relevante, exigindo respostas estatais diferenciadas e proporcionalmente ajustadas às desigualdades concretas.

A abordagem interseccional adotada na Resolução nº 487/2023 se ancora no pressuposto de que as opressões sociais não operam de forma isolada, mas se entrecruzam e acumulam, gerando efeitos agravados sobre determinados sujeitos. A teoria da interseccionalidade, desenvolvida no campo dos estudos críticos de raça, gênero e direitos humanos — notadamente por Kimberlé Crenshaw (2002) —, impõe ao Judiciário a superação da neutralidade formal do direito, exigindo um posicionamento ativo na promoção da igualdade material. Essa compreensão desloca o foco do tratamento jurídico meramente formal para uma abordagem baseada na justiça substantiva.

A diretriz normativa do CNJ encontra fundamento em diversos instrumentos internacionais de direitos humanos que gozam de eficácia jurídica no ordenamento constitucional brasileiro. Destacam-se:

a) a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD/ONU, 2006), incorporada ao ordenamento com status constitucional por força do art. 5º, § 3º, da CF/88, que impõe aos Estados-partes o dever de assegurar o acesso à justiça em igualdade de condições com as demais pessoas (art. 13), prevendo adaptações procedimentais e apoio institucional necessário;

b) a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW/1979), que estabelece obrigações positivas aos Estados na promoção da equidade de gênero e no combate à violência institucional e simbólica;

c) a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965), que proíbe a exclusão baseada na raça e na origem étnica, exigindo políticas públicas e judiciais para reparar desigualdades históricas;

d) a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas (2007), que consagra o direito dessas comunidades à autodeterminação, ao acesso à justiça e à proteção frente a práticas discriminatórias estruturais;

e) os Princípios de Yogyakarta (2006), voltados à interpretação dos direitos humanos à luz da orientação sexual e da identidade de gênero, aplicáveis à população LGBTQIA+ em contextos de exclusão, criminalização ou marginalização institucional; e, por fim,

f) as Regras de Brasília sobre Acesso à Justiça das Pessoas em Condição de Vulnerabilidade (2008), aprovadas pela Cúpula Judicial Ibero-Americana, que fornecem parâmetros operacionais para o tratamento diferenciado e inclusivo de grupos vulneráveis no sistema de justiça e são expressamente mencionadas na Resolução nº 487/2023 como fonte orientadora.

Ademais, as diretrizes da Resolução nº 487/2023 estão em consonância direta com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 das Nações Unidas, especialmente no que se refere ao ODS 5, que trata da igualdade de gênero, com enfoque na eliminação de todas as formas de violência e discriminação contra mulheres e meninas, inclusive no acesso ao sistema de justiça; ao ODS 10, que visa à redução das desigualdades dentro dos países, com ênfase na promoção da inclusão social, econômica e política de todos, independentemente de idade, sexo, deficiência, raça, origem étnica, religião, condição econômica ou outra; e ao ODS 16, que prevê expressamente a garantia de acesso igualitário à justiça para todos, bem como o fortalecimento de instituições responsáveis, inclusivas e transparentes.

Ao assumir como diretriz institucional o enfrentamento das múltiplas dimensões da exclusão, a Resolução nº 487/2023 propõe uma reconfiguração do modelo de justiça tradicional, substituindo o formalismo jurídico excludente por uma concepção democrática, garantista e materialmente inclusiva. Isso significa que o Poder Judiciário deve abandonar a noção de neutralidade como virtude, reconhecendo que a aplicação meramente imparcial da lei, em uma sociedade estruturalmente desigual, pode perpetuar a injustiça.

Por fim, ao articular direitos fundamentais com os compromissos internacionais de direitos humanos e de desenvolvimento sustentável, a Resolução nº 487/2023 reafirma o papel do Judiciário como instituição garantidora da democracia constitucional, comprometida com a erradicação das desigualdades e com a realização da justiça social. O reconhecimento da

hipervulnerabilidade como critério legítimo de diferenciação e prioridade traduz uma ética da responsabilidade estatal frente à desigualdade histórica e estrutural, cuja superação exige ações institucionais contínuas, intersetoriais e fundadas nos princípios da dignidade, da igualdade e da não discriminação.

3.2.2.3 *A proscrição à prática de tortura, maus tratos, tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes*

O inciso IV do art. 3º da Resolução CNJ nº 487/2023 institui a vedação a qualquer forma de tortura, maus-tratos ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes como princípio inalienável da atuação jurisdicional antimanicomial.

Em sua obra *Vigiar e Punir*, Michel Foucault (2007, p. 14) analisa como o Estado moderno substituiu a tortura física explícita por práticas disciplinares sutis, mas igualmente violentas, institucionalizadas sob a forma de normalização. Ao comentar os suplícios, o autor observa que “o castigo passou de uma arte das sensações insuportáveis a uma economia dos direitos suspensos”, deixando de ser espetáculo de vingança para tornar-se parte de um sistema de regras e coerções.

Já em *História da Loucura*, Foucault (2006, p. 73) denuncia os modos de exclusão e enclausuramento da loucura, apontando que, durante a Renascença, a sensibilidade à loucura estava vinculada a transcendências imaginárias, sendo tratada de forma mais livre. Entretanto, a partir da era clássica, os loucos passaram a ser internados juntamente com pobres, ociosos e marginalizados, sendo a loucura submetida a uma condenação ética burguesa da ociosidade, que rejeitava todas as formas de “inutilidade social”. Referindo-se à época clássica, o autor esclarece: “a prática do internamento designa uma nova reação à miséria, um novo patético – de modo mais amplo, um relacionamento do homem com aquilo que pode haver de inumano em sua existência” (Foucault, 2000, p. 56).

Mais adiante, Foucault (2000, p. 161) observa que, transcorrido mais de um século e meio de história, o internamento ainda se mantinha, mesmo com a aparente ruptura epistemológica promovida pelo positivismo psiquiátrico do século XIX. O autor alerta que a psiquiatria positiva não rompeu integralmente com os fundamentos morais e disciplinares da era clássica, mas herdou, sob o manto da cientificidade, significações culturais e éticas que vinculavam a loucura ao desatino, à infra-humanidade e à animalidade.

Mesmo ao recusar os saberes do século XVIII, os discursos do século XIX conservaram, de forma subterrânea, o mesmo aparato simbólico de controle: a loucura, agora

descrita como patologia natural e biológica, continuava a ser tratada como desvio moral e infração ao ideal de razão normativa (Foucault, 2000, p. 161). Nesse contexto, o internamento já não se apresentava como punição declarada, mas permanecia como instrumento de coação moral disfarçada, de violência simbólica legitimada pelo saber médico e de docilização institucional dos corpos considerados desviantes.

Ao medicalizar a loucura, o positivismo apenas deslocou o foco da repressão: se antes se punia o desatino, agora se corrige a anormalidade (Foucault, 2000, p. 162). Em ambos os casos, o que se preserva é o dispositivo de apagamento da subjetividade e o silenciamento ético e político da diferença. O internamento passa a operar como tecnologia de captura do corpo pela razão, instaurando um espaço de exclusão moral sob o signo do cuidado e um regime de domesticação sob o disfarce da terapêutica — práticas que, sob distintas roupagens, ainda persistem na contemporaneidade.

Nesse sentido, a Resolução CNJ nº 487/2023 configura-se como uma ruptura com esse legado histórico de repressão legitimada. Ao rejeitar o paradigma asilar, a norma rompe com a lógica que sustentava a segregação e propõe uma abordagem fundada na dignidade, na autonomia e no cuidado em liberdade, alinhada tanto à Reforma Psiquiátrica brasileira quanto à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

O asilamento não corresponde apenas a um espaço físico, mas a uma experiência total de institucionalização, que por si só altera radicalmente a percepção da doença. A observação clínica “in vitro” tende a reificar a natureza do transtorno, enquanto o processo de internação produz efeitos que ultrapassam o sofrimento psíquico original. O enclausuramento gera mecanismos de dessubjetivação, de des-historização e de ruptura das redes sociais, transformando a experiência da alienação em uma condição produzida institucionalmente.

Assim, não se trata apenas de sintomas ligados ao quadro clínico inicial, mas também de manifestações decorrentes da lógica asilar, que funciona como uma verdadeira máquina de destruição da subjetividade. Nesse processo, ocorre aquilo que Goffman denominou de “mortificação do eu”, em que a identidade do sujeito é corroída, restando-lhe apenas os efeitos da exclusão e do apagamento de suas possibilidades expressivas e relacionais (Amarante; Torre, 2018, p. 1094).

A vedação da tortura encontra consagração jurídica expressa na Convenção das Nações Unidas contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, ratificada pelo Brasil por meio do Decreto nº 40, de 15 de fevereiro de 1991. Da mesma forma, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada pelo Decreto nº 6.949/2009, estabelece em seu artigo 15 que “nenhuma pessoa com deficiência

será submetida à tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes” (Brasil, 2009).

Assim, o Poder Judiciário, ao aplicar medidas de segurança, internações ou outros mecanismos de contenção, deve atuar como garantidor da dignidade da pessoa em sofrimento psíquico, assegurando a proibição absoluta de qualquer forma de violência institucional. A Resolução nº 487/2023, ao explicitar essa diretriz, reposiciona o Judiciário como protagonista na defesa dos direitos humanos e na superação definitiva do paradigma da exclusão manicomial.

3.2.2.4 Interesse exclusivo do tratamento com vistas à Reabilitação Psicossocial e à Inclusão Social

Como decorrência da aplicação do princípio da política antimanicomial na execução da medida de segurança, o inciso VI do art. 3º da Resolução CNJ nº 487/2023 estabelece a prevalência do interesse exclusivo em benefício da saúde, priorizando-se a reabilitação psicossocial mediante a inclusão social, a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, bem como o acesso ao trabalho, à renda e ao tratamento em saúde. Trata-se de um princípio que se alinha diretamente aos fundamentos da Reforma Psiquiátrica brasileira, especialmente aos valores de cidadania, liberdade e protagonismo do sujeito.

A reabilitação psicossocial não se limita a uma reinserção funcional, mas implica no resgate da dignidade e dos direitos civis dos sujeitos em sofrimento psíquico. Nesse sentido, a proposta ultrapassa os limites institucionais e restitui ao indivíduo o lugar de cidadão pleno. Os serviços de atenção psicossocial, para tanto, devem ser compostos por equipes multiprofissionais e interdisciplinares, incluindo profissionais não restritos à área da saúde, como músicos, artistas plásticos e artesãos, de modo a potencializar o desenvolvimento de habilidades, a expressão subjetiva e a interação comunitária.

Esses serviços devem atuar de forma territorializada, saindo da sede sempre que possível e articulando-se com os diversos recursos disponíveis tanto no campo da saúde mental — como outros serviços substitutivos, cooperativas, residências terapêuticas, ambulatórios e hospitais-dia — quanto no âmbito da saúde em geral — incluindo a Estratégia Saúde da Família, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e hospitais gerais. Além disso, é essencial a integração com as demais políticas públicas e instituições sociais, como Ministério Público, Instituto Nacional do Seguro Social

(INSS), delegacias, instituições de acolhimento de crianças e idosos, igrejas, e políticas de esporte, educação, lazer, arte, turismo e assistência social.

Como observa Amarante (2011, p. 84-86), as políticas de saúde mental e de atenção psicossocial devem organizar-se em rede, formando uma trama de pontos de encontro, cooperação e simultaneidade de iniciativas entre diferentes atores sociais. Essa perspectiva amplia o horizonte do cuidado, valorizando os dispositivos territoriais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como instrumentos essenciais de reconstrução de laços sociais e de promoção da inclusão cidadã.

Na perspectiva Basagliana, a teoria da reabilitação continha alguns pontos de referência realçados por Goulart (2024, p. 45-46):

O primeiro ponto, sem dúvida, é o que determina o fim dos hospitais psiquiátricos, pois não há reabilitação possível na exclusão. A reabilitação, nesse contexto, deve ser entendida como a afirmação de direitos sociais e civis, e não como mera adaptação do indivíduo a um padrão normativo. A permanência em instituições asilares significa a negação de cidadania e de subjetividade, configurando-se como obstáculo intransponível à inclusão social.

O segundo ponto, como consequência, refere-se aos arremedos ideológicos que sustentaram historicamente o projeto de asilamento: a medicalização e a psiquiatrização opressiva, além das chamadas ideologias de *ricambio* (de substituição), que buscavam legitimar práticas terapêuticas excludentes. Essas ideologias, exemplificadas pelas comunidades terapêuticas, pela psicoterapia institucional e pelo preventivismo, não enfrentaram a crítica radical às terapêuticas baseadas na exclusão social, funcionando, na prática, como estratégias apaziguadoras que mantinham intacta a lógica manicomial sob novas roupagens.

O terceiro ponto diz respeito ao lugar dos sujeitos envolvidos no processo. Basaglia (2005) os nomeia como “trabalhadores do negativo”, “funcionários do consenso” e “técnicos do saber prático”, categorias que revelam o papel do “técnico” como mediador entre a ordem institucional e o sujeito em sofrimento. Em contrapartida, o “doente mental” aparece tensionado entre o delírio e a construção da vida, isto é, entre a experiência do sofrimento e a possibilidade de existência em relações significativas, dialógicas e respeitadas. Esse ponto revela a urgência de desconstruir a assimetria entre quem detém o saber técnico e quem vivencia a experiência da loucura, garantindo a este último voz e protagonismo no processo de cuidado.

O quarto ponto concentra-se nos novos desenhos institucionais inclusivos, que emergem como alternativas concretas ao modelo asilar. Entre eles, destacam-se o status de hóspede e a internação voluntária, as cooperativas sociais, as residências terapêuticas, o convívio coletivo e, sobretudo, a relação com a cidade enquanto território de exercício da cidadania. Esses dispositivos não se limitam a substituir o manicômio, mas propõem novas formas de sociabilidade e participação comunitária, deslocando o cuidado do espaço da contenção para o espaço da convivência e da produção de vida.

Dessa forma, pode-se afirmar que os dois primeiros pontos correspondem ao que deve ser objeto da desinstitucionalização, isto é, a crítica e a superação da exclusão manicomial,

enquanto os dois últimos dizem respeito à construção de um novo desenho institucional e de uma cultura antimanicomial efetivamente inclusiva e democrática.

Ademais, ponto relevante a ser observado é que a construção de redes de apoio e cuidado deve considerar também a inserção laboral como forma de reconhecimento social e de empoderamento do sujeito. Nesse sentido, Pitta (2001, p. 187) destaca que “o trabalho é elemento estruturador da identidade e do processo de ressignificação da loucura”. É por meio dessas estratégias que se rompe com a lógica manicomial, centrada na exclusão, e se promove a cidadania ativa.

Ao Poder Judiciário cabe papel fundamental nesse processo. Em vez de manter a internação como resposta automática à “periculosidade”, o magistrado deve promover a articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinste), além de outros setores das políticas públicas, priorizando alternativas em liberdade que contemplem a inclusão comunitária.

Cumprindo ainda ressaltar que é necessário que a magistratura adote decisões que respeitem os princípios da equidade e da dignidade da pessoa humana, exigindo do Estado o cumprimento das garantias previstas tanto na Lei nº 10.216/2001 quanto na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Decreto nº 6.949/2009, art. 26), que reconhece o direito à reabilitação e à habilitação para a vida comunitária, laboral e cultural.

O Poder Judiciário deve não apenas evitar práticas de exclusão, mas também fomentar políticas públicas inclusivas, fiscalizar as condições de cumprimento das medidas aplicadas e dialogar com os atores da rede intersetorial. Cabe-lhe, ainda, induzir boas práticas por meio do uso de recursos provenientes de penas pecuniárias, nos termos da Resolução CNJ nº 558/2024, que autoriza sua destinação a projetos relacionados à política antimanicomial. Dessa forma, torna-se possível concretizar, de modo efetivo, o que a Resolução nº 487/2023 preconiza como o “interesse exclusivo em benefício da saúde”.

3.2.2.5 Do Suplício ao Cuidado: O Princípio da Saúde Integral e a Trajetória do Inimputável

O inciso VII do art. 3º da Resolução CNJ nº 487/2023 estabelece o direito à saúde integral como princípio essencial da política antimanicomial no âmbito do Judiciário. Esse princípio rejeita práticas asilares, violentas e medicalizantes, reafirmando que o cuidado deve ocorrer em ambiente terapêutico, de forma não invasiva e pautado nos direitos humanos. Para

compreender o alcance dessa norma, é necessário retomar a trajetória histórica do tratamento jurídico e psiquiátrico dispensado às pessoas consideradas inimputáveis.

Historicamente, o direito penal aproximou-se da psiquiatria no século XIX, período em que se consolidou a concepção de periculosidade como critério para a internação indefinida do sujeito tido como “louco infrator”. Foucault, em *História da Loucura*, descreve o fenômeno do “Grande Confinamento”, no século XVII, quando a loucura foi retirada do convívio social e relegada a instituições como os hospitais gerais, cujo objetivo era menos o cuidado e mais o isolamento sob os imperativos da ordem, da moral e da racionalidade (Foucault, 2000, p. 47).

Foucault demonstra que o confinamento da loucura foi implantado como estratégia de segregação social da desrazão, instaurando uma cisão epistemológica e política entre os domínios da racionalidade e da loucura. Essas instituições atuavam como dispositivos de poder que precediam a organização médica formal, legitimando práticas de exclusão sustentadas por critérios morais e normativos, mais do que por fundamentos terapêuticos.

Um século e meio depois, ainda que se apresentasse como ruptura epistemológica, o positivismo psiquiátrico do século XIX não rompeu integralmente com os fundamentos morais e disciplinares que caracterizaram o internamento da era clássica. Ao contrário, perpetuou, ainda que de forma dissimulada, a prática de subordinar a loucura a uma lógica de exclusão e de neutralização da subjetividade. A psiquiatria positiva herdou, sob a aparência de cientificidade, toda uma rede de significações culturais e éticas que vinculavam a loucura ao desatino, à infra-humanidade e à animalidade.

Mesmo ao rejeitar abertamente os saberes do século XVIII, os discursos psiquiátricos do século XIX “conservaram, de modo subterrâneo, o mesmo aparato simbólico de controle. A loucura, embora descrita nos termos de uma patologia natural e biológica, continuava a ser tratada como desvio moral e infração ao ideal normativo da razão” (Foucault, 2000, p. 161-162). O internamento, nesse contexto, deixou de se apresentar como punição declarada, mas manteve-se como instrumento de coação moral, de violência simbólica legitimada pela medicina e de docilização institucional dos corpos desviantes.

Com o advento do positivismo criminológico, Cesare Lombroso introduziu a noção do “delinquente nato”, biologicamente predisposto ao crime. A loucura passou a ser interpretada não apenas como doença, mas como perigo social, legitimando juridicamente a internação como forma de defesa da sociedade. Para Lombroso (2010, p. 3-4), “o criminoso de ocasião deveria ser segregado da sociedade, por ser perigo constante para ela” e, quanto aos

delinquentes natos, adultos e incorrigíveis, “é necessário isolá-los para sempre [...] e suprimi-los quando a incorrigibilidade os torna demasiado perigosos”.

No Brasil, o Código Penal de 1940 consagrou o modelo da medida de segurança, que previa o internamento por tempo indeterminado dos inimputáveis, frequentemente em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Essa opção normativa inspirou-se diretamente no Código Rocco, editado na Itália fascista em 1930.

A crítica à instituição manicomial como espaço de exclusão social e de violência simbólica tem sido central na Reforma Psiquiátrica brasileira. Amarante (2010b, p. 62; 84), em *O homem e a serpente*, afirma que essas instituições não cumprem os propósitos curativos idealizados por Pinel e pelos revolucionários, mas funcionam como territórios destinados aos “loucos”, lugares de confinamento e exclusão daqueles que a sociedade rejeita ou não sabe como integrar. A psiquiatria, ao interpretar a loucura como ausência de projeto, submeteu os internos ao processo de “mortificação” e de “carreira moral”, reduzindo-os à condição de corpos disciplinados.

Assim, a permanência da lógica manicomial representa não apenas uma falência terapêutica, mas sobretudo uma falência ética. O manicômio funciona como dispositivo de silenciamento da subjetividade, transformando a diferença psíquica em objeto de objetificação biológica e aprisionamento institucional.

Não há dúvida de que o caminho aberto pela Reforma Psiquiátrica brasileira, ao propor a desconstrução progressiva da lógica manicomial, foi acertado. Agora, com o reforço da Resolução CNJ nº 487/2023, que prevê o fechamento de todos os manicômios judiciais do país, torna-se urgente reconfigurar o papel do Estado, da justiça e da medicina. Estes não devem atuar como mecanismos de contenção e classificação, mas como instrumentos de garantia da dignidade, da cidadania e do protagonismo do sujeito em sofrimento psíquico.

O princípio da saúde integral, previsto no inciso VII da Resolução, reafirma que o cuidado deve se pautar em diretrizes de respeito, consentimento, proporcionalidade e acesso a serviços comunitários. Veda-se, portanto, o uso indiscriminado de contenções, a eletroconvulsoterapia fora de protocolos, a medicalização excessiva e a institucionalização compulsória.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Decreto nº 6.949/2009) consagra, em seu art. 25, o direito ao mais alto nível de saúde possível, com base no consentimento informado. Esse marco internacional impõe ao Estado — inclusive ao Poder Judiciário — o dever de abandonar práticas historicamente legitimadas sob o pretexto de proteção e cuidado.

Desse modo, a Resolução nº 487/2023 se configura como uma inflexão crítica do paradigma manicomial. O Poder Judiciário é convocado a romper com a tradição da tutela coercitiva e a assumir o papel de garantidor de direitos, assegurando que o tratamento do inimputável se pautar não pela contenção, mas pelo reconhecimento da dignidade, da singularidade e da autonomia.

3.2.2.6 A Necessidade de Parecer Médico e Psicossocial como Condição para Internações Psiquiátricas – *ultima ratio*

A exigência de parecer médico e psicossocial prévio para a realização de internações psiquiátricas constitui princípio fundamental da Reforma Psiquiátrica brasileira, consagrado pela Lei nº 10.216/2001 e reafirmado pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Decreto nº 6.949/2009). Essa exigência tem como finalidade assegurar que a internação seja recomendada exclusivamente com base em critérios clínicos objetivos, sempre em respeito à autonomia e à dignidade da pessoa em sofrimento psíquico.

A Lei nº 10.216/2001 dispõe, em seu art. 6º, que a internação, em qualquer de suas modalidades, deve ser precedida de laudo médico circunstanciado e comunicada ao Ministério Público, como forma de garantir controle social e institucional sobre medidas de privação de liberdade. Já a Convenção da ONU, em seus arts. 12 e 25, afirma que pessoas com deficiência têm direito à capacidade jurídica em igualdade de condições com as demais pessoas e ao mais alto padrão possível de saúde, devendo esse cuidado se pautar pelo consentimento livre e informado, vedando práticas compulsórias e abusivas.

Amarante (2011, p. 82) ressalta que a “avaliação multiprofissional e psicossocial é imprescindível para situar a crise em saúde mental no território e nas redes de vínculo social do sujeito, evitando decisões unilaterais baseadas apenas na ótica médica”. Esse entendimento converge com a perspectiva da Reforma Psiquiátrica de que o sofrimento mental não pode ser reduzido a uma dimensão exclusivamente clínica, mas deve ser compreendido como fenômeno atravessado por determinantes sociais, culturais e históricos.

Franco Basaglia, referência central da Reforma Psiquiátrica italiana, denuncia o caráter ideológico do diagnóstico psiquiátrico quando este é aplicado de forma dissociada da trajetória individual e das condições sociais do sujeito. Em *A Instituição Negada*, Basaglia (1985, p. 125) afirma que a prática psiquiátrica, “longe de ser neutra ou meramente científica, encontra-se profundamente entrelaçada aos dispositivos de poder que legitimam a exclusão social”. O diagnóstico, nesse contexto, deixa de ser um instrumento de compreensão do

sofrimento para se tornar mecanismo de normatização e controle, voltado à manutenção da ordem institucional.

Segundo Basaglia (1985, p. 109), o “hospital psiquiátrico deve ser entendido como uma instituição total, que não apenas trata ou acolhe, mas que sobretudo isola, silencia e anula o sujeito, transformando-o em objeto de tutela e vigilância”. A loucura, compreendida não como evento biológico isolado, mas como fenômeno marcado por desigualdades sociais e históricas, é capturada por um sistema institucional que converte o cuidado em instrumento de controle social.

Nessa perspectiva, o autor propõe uma virada epistemológica e ética: a prática psiquiátrica deve ser orientada por um compromisso com a liberdade, a singularidade e a crítica radical às formas de violência institucional, tanto simbólica quanto material.

Basaglia (1985, p. 110) adverte que, quando desvinculado do contexto social e histórico, o diagnóstico psiquiátrico deixa de operar como ferramenta de escuta e cuidado e passa a se configurar como categoria de exclusão, cristalizando identidades e legitimando o confinamento. Essa crítica permanece atual e reforça a necessidade de avaliações interdisciplinares e situadas, capazes de superar a hegemonia do discurso biomédico unilateral.

A ausência de parecer psicossocial, aliada ao predomínio da perspectiva biomédica, favorece a manutenção de práticas asilares, nas quais a institucionalização passa a ser adotada como resposta automática a conflitos sociais complexos. O Judiciário, ao receber pedidos de internação, deve exigir não apenas o laudo clínico, mas também o parecer psicossocial, de modo a avaliar se os recursos comunitários e extra-hospitalares foram de fato esgotados, conforme preconiza o modelo de cuidado territorial da RAPS.

Assim, a Resolução CNJ nº 487/2023 reafirma que a internação deve ser medida terapêutica absolutamente excepcional, sempre precedida de parecer clínico e psicossocial, fundamentada em critérios técnicos e alinhada aos marcos legais e éticos nacionais e internacionais de proteção aos direitos humanos.

3.2.2.7 A articulação interinstitucional do poder judiciário

O inciso IX do art. 3º da Resolução CNJ nº 487/2023 estabelece que o Poder Judiciário deve promover articulação permanente com as redes de atenção à saúde e socioassistenciais, em todas as fases do processo penal, orientando-se pela elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Essa diretriz não pode ser compreendida de forma meramente protocolar:

ela exige uma profunda revisão do papel institucional do Judiciário no cuidado em saúde mental.

A articulação interinstitucional não significa que o Judiciário apenas “solicite” ou “encaminhe” à rede, mas implica o seu reconhecimento como parte integrante dela ou, no mínimo, como um ator horizontal capaz de interagir em pé de igualdade com os demais componentes — serviços de saúde, assistência social, Defensoria Pública, Ministério Público, familiares e o próprio sujeito do cuidado. Nessa perspectiva, o Judiciário deixa de ocupar unicamente uma função repressiva ou burocrática e passa a assumir corresponsabilidade pela promoção dos direitos humanos e pela construção de alternativas de cuidado em liberdade.

Amarante (2011, p. 72) enfatiza que a “política antimanicomial demanda mudanças institucionais e subjetivas, ao afirmar que é necessário superar conceitos ultrapassados sobre a loucura, como a noção de alienação, periculosidade ou perda da razão”. O autor defende que, “se recusarmos aqueles conceitos arcaicos e procurarmos sentir e nos relacionar com os sujeitos em sofrimento, se nos dirigirmos às pessoas e não às suas doenças, podemos vislumbrar espaços terapêuticos em que é possível escutar e acolher suas angústias”. Sob essa ótica, a função judicial deve ser ressignificada, exigindo que magistrados e magistradas assumam o compromisso de buscar alternativas de cuidado personalizadas e territorializadas.

A experiência de Trieste, inspiradora da Reforma Psiquiátrica brasileira, demonstrou que a superação da lógica manicomial só foi possível quando todos os setores — inclusive a magistratura — se reconheceram como corresponsáveis pelas estratégias comunitárias. Franco Rotelli, sucessor de Basaglia, destacou que a desinstitucionalização exige não apenas o fechamento de hospitais psiquiátricos, mas a reconstrução da complexidade do objeto, com ênfase na invenção de saúde e na reprodução social do paciente.

Para Rotelli (2019, p. 30), o cuidado não deve ser reduzido a uma tarefa tecnocrática ou biomédica, mas compreendido como prática política que interpela toda a rede institucional. Em sua obra *Desinstitucionalização*, o autor ressalta que o cuidado é uma prática coletiva e da liberdade, que demanda o engajamento do território, das relações sociais e do campo político-institucional como um todo. Afirma, ainda, que o cuidado não é exclusividade dos profissionais de saúde, mas um ato político que deve atravessar todas as instituições, “envolvendo pacientes, comunidade local, opinião pública, sujeitos políticos e também o Poder Judiciário, que deve se colocar como ator qualificado na resolução dos problemas que inevitavelmente surgirão” (Rotelli, 2019, p. 32).

Nesse sentido, o PTS previsto na Resolução CNJ nº 487 não pode ser reduzido a um instrumento técnico ou burocrático. Ele deve expressar a construção compartilhada de uma

trajetória de cuidado, na qual a escuta do Judiciário se soma às demais escutas da rede, em atitude de humildade institucional e compromisso ético-político.

Dessa forma, o Judiciário, ao invés de operar como instância de validação de práticas autoritárias e medicalizantes, pode tornar-se força mobilizadora da rede, provocando respostas mais humanizadas, eficazes e libertadoras para os sujeitos em sofrimento psíquico. Desse modo, o verdadeiro sentido da política antimanicomial: negar não apenas o manicômio físico, mas também as práticas e posturas que reproduzem exclusão, tutela e violência simbólica.

3.2.2.8 A Justiça Restaurativa como Diretriz da Política Antimanicomial: Reconstrução de Laços, Compromissos Terapêuticos e Direitos Humanos

A Resolução CNJ nº 487/2023 incorpora a justiça restaurativa como diretriz da política antimanicomial ao prever, em seu art. 3º, inciso X, a sua utilização como meio de promoção da harmonia social, mediante a garantia do acesso aos direitos fundamentais e a reversão das vulnerabilidades sociais. Essa previsão dialoga com outras normativas do próprio Conselho Nacional de Justiça, como a Resolução nº 225/2016, que institui a Política Nacional de Justiça Restaurativa, e a Resolução nº 300/2019, que reforça a sua aplicação no sistema de justiça penal e socioeducativo. A abordagem restaurativa, nesse contexto, representa um paradigma inovador, centrado não apenas na reparação dos danos causados às vítimas e à comunidade, mas também na promoção da inclusão social do ofensor.

A justiça restaurativa revela-se especialmente adequada para situações que envolvem transtornos psicossociais, sobretudo diante da possibilidade de que a condição mental da pessoa afete sua capacidade de culpabilidade. Nesses casos, privilegiam-se caminhos que promovem acolhimento, cuidado e intervenções terapêuticas adequadas (Souza; Schrappe, 2024, p. 60).

No âmbito das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, a justiça restaurativa assume um papel transformador. A maioria dos atos infracionais atribuídos a indivíduos inimputáveis ocorre no seio familiar, gerando rompimentos afetivos profundos e acentuando o isolamento social. Em levantamento realizado no estado do Tocantins, por exemplo, constatou-se que, em 22 (vinte e dois) casos de institucionalização analisados, os atos envolveram episódios de violência intrafamiliar.

A restauratividade, nesse cenário, permite ressignificar tais eventos, possibilitando a reconstrução dos vínculos afetivos, favorecendo a escuta das partes envolvidas e estimulando a adoção de medidas de apoio às vítimas e aos familiares, igualmente afetados pelas

consequências do ato. Além disso, promove compromissos de cuidado compartilhado, como a adesão voluntária ao tratamento, o uso adequado da medicação e o acompanhamento terapêutico, resguardando, ao mesmo tempo, a dignidade do sujeito e o equilíbrio social.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), integrado à abordagem restaurativa, pode incluir acordos mediados que contemplem estratégias de prevenção de crises, acompanhamento terapêutico e apoio familiar. Esse modelo também contribui para a efetivação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 da ONU, especialmente o ODS 3 (Saúde e bem-estar), o ODS 10 (Redução das desigualdades) e o ODS 16 (Paz, justiça e instituições eficazes).

A justiça restaurativa se fundamenta na responsabilização ativa e no envolvimento comunitário, priorizando a restauração do que foi rompido em detrimento da punição. Como destaca Howard Zehr (2008, p. 198): “Se há lugar para punição na abordagem restaurativa, ele não deve ser um lugar central. A punição precisaria ser aplicada sob condições em que o nível de dor é controlado e reduzido a fim de manter a restauração e a cura como objetivos”. No caso das pessoas inimputáveis, a responsabilização assume nova feição: trata-se de fortalecer o sujeito em sua autonomia possível, reconhecendo seus limites e propondo pactos terapêuticos viáveis e eticamente sustentáveis.

A proteção dos grupos vulneráveis exige políticas públicas de inclusão e de acesso equitativo à justiça, sob pena de se reproduzirem e aprofundarem desigualdades históricas. A justiça restaurativa, ao permitir que o Judiciário atue de forma dialógica e compromissada com os determinantes sociais da violência e do sofrimento psíquico, aproxima-se dessa concepção ampliada de justiça.

Ao incorporar essa diretriz, a Resolução CNJ nº 487/2023 contribui para a construção de uma justiça que escuta, reconstrói e transforma. Cabe ao Judiciário aplicar essa diretriz não como exceção, mas como lógica estruturante de sua atuação nos casos envolvendo pessoas com transtornos mentais, promovendo a cultura da paz e o cuidado em liberdade.

Nesse sentido, a Justiça tocantinense tem atuado de forma orgânica em diversos projetos de justiça restaurativa. O CEIMPA, enquanto órgão gestor e fiscalizador da política antimanicomial, já acionou o Núcleo Permanente de Métodos Consensuais de Solução de Conflitos (NUPEMEC) do Tribunal de Justiça para acompanhar casos pontuais em que os laços familiares foram rompidos em razão do ato praticado. A expectativa é que a justiça restaurativa se torne prática recorrente, inclusive nos casos dos oito pacientes judiciais remanescentes que serão encaminhados para residências terapêuticas. O objetivo central do

projeto é buscar a reaproximação familiar e o restabelecimento dos vínculos rompidos tanto pelo tempo quanto pelo próprio ato infracional.

Ainda não houve a instauração formal de círculos restaurativos, mas acredita-se que este será um dos caminhos para viabilizar, inclusive, o retorno de pacientes aos lares, sobretudo daqueles aptos a ocupar vagas em residências terapêuticas, mas que ainda não tiveram a aceitação de suas famílias. Esse trabalho deverá ter início assim que todos estiverem acomodados na residência terapêutica de Palmas, cuja abertura está prevista para breve, dependendo apenas da confirmação do acordo firmado entre a SESAU e a Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) na próxima reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

3.2.2.9 Proibição do Encaminhamento a Entidades Religiosas e a Defesa da Laicidade na Política Antimanicomial

A Resolução CNJ nº 487/2023, em seu art. 3º, inciso XI, estabelece de forma inequívoca que o tratamento das pessoas com sofrimento psíquico no âmbito da jurisdição penal deve observar o princípio da laicidade do Estado e a liberdade religiosa. Isso significa a vedação ao encaminhamento compulsório a instituições que não integrem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ou que condicionem o cuidado à conversão religiosa ou à prática de atividades espirituais.

Essa diretriz assume papel central na proteção dos direitos humanos, sobretudo diante do crescimento expressivo de comunidades terapêuticas de caráter confessional, que vêm recebendo volumosos recursos públicos. Segundo relatório do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea, 2017, p. 20), cerca de 47% dessas comunidades são vinculadas a igrejas evangélicas e 26% a instituições católicas, sendo a espiritualidade um elemento estruturante de suas práticas. Nessas instituições, os usuários frequentemente se submetem a trabalhos forçados, doutrinação religiosa e rotinas regimentadas, muitas vezes sem respaldo técnico ou garantia de direitos fundamentais.

Bardi e Garcia (2022), em estudo publicado na revista *Ciência & Saúde Coletiva*, evidenciam que a expansão dessas comunidades no Brasil reflete uma reatualização do paradigma manicomial, marcada por práticas de laborterapia, disciplina compulsória e conversão religiosa. Segundo as autoras, aproximadamente 82% das entidades mapeadas possuíam vínculos confessionais cristãos, sendo comum a adoção de rotinas de oração obrigatória e disciplinas doutrinárias.

O relatório produzido pela Conectas Direitos Humanos e pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap, 2022, p. 18) revela que, “entre 2017 e 2020, foram destinados cerca de R\$ 300 milhões em recursos federais a essas entidades, frequentemente sem critérios transparentes ou mecanismos adequados de fiscalização”. A Agência Pública (2019) confirma que aproximadamente 70% das verbas destinadas a comunidades terapêuticas nesse período foram direcionadas a instituições religiosas, expondo grave risco à laicidade do Estado e à integridade da política pública de saúde mental.

Ao reafirmar o princípio da laicidade, o CNJ determina que o cuidado em saúde mental deve estar amparado por fundamentos científicos, técnicos e éticos, em consonância com os dispositivos da RAPS, evitando a perpetuação de práticas que submetem os usuários à lógica de conversão ou disciplina religiosa compulsória. Cabe ao Poder Judiciário, nesse contexto, garantir que os encaminhamentos sejam realizados exclusivamente a serviços acreditados, estruturados em PTS, conduzidos por equipes multiprofissionais e orientados pelos princípios SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Assim, a laicidade do Estado não se apresenta como detalhe secundário, mas como elemento estruturante da política antimanicomial. Trata-se de salvaguarda indispensável para assegurar a dignidade, a liberdade e a autonomia dos sujeitos em sofrimento psíquico, em plena consonância com os tratados internacionais de direitos humanos.

No mesmo sentido, o inciso XII do art. 3º da Resolução CNJ nº 487/2023 reforça o princípio do respeito à territorialidade dos serviços e ao tratamento no meio social em que vive a pessoa, visando sempre à manutenção dos laços familiares e comunitários. Essa diretriz complementa a anterior ao afirmar que a saúde mental não pode ser dissociada do contexto social e afetivo, mas deve ser fortalecida a partir das redes locais de pertencimento, como estratégia de cuidado integral e inclusivo.

3.2.2.10 Territorialidade, Vínculos e a Superação do Paradigma Manicomial pela desinstitucionalização e mudança de objeto da psiquiatria

A territorialidade, prevista como princípio no art. 3º, inciso XII da Resolução CNJ nº 487/2023, orienta que o cuidado em saúde mental deve ocorrer na base de origem do sujeito, preservando seus vínculos familiares, comunitários e sociais. Trata-se de uma diretriz ética e organizacional que dialoga diretamente com a trajetória histórica das reformas psiquiátricas no mundo, cujo objetivo central foi superar o modelo asilar, segregador e disciplinar.

A partir da década de 1960, em diversos países da Europa e nos Estados Unidos, intensificaram-se os questionamentos à hegemonia do manicômio como dispositivo legítimo de cuidado em saúde mental. Em meio a um contexto de transformações políticas e culturais — marcado por movimentos de direitos civis, crítica às instituições totais e emergência de novas epistemologias sociais e clínicas — surgem experiências que visavam desconstruir a centralidade do hospital psiquiátrico como espaço de exclusão, tutela e segregação.

Contudo, como alertam Rotelli, Leonardis e Mauri (2019, p. 18), grande parte das reformas realizadas nesse período manteve-se prisioneira do modelo racionalista de tipo clínico-administrativo, que reduzia o sofrimento psíquico à equação “problema-traço-solução”. Nesse paradigma, o sujeito continuava a ser tratado como portador de déficit ou disfunção, e a política institucional permanecia voltada à gestão de riscos e sintomas, em detrimento da reconstrução de vínculos sociais e comunitários.

Nas experiências mais radicais de reforma, o termo “desinstitucionalização” assumiu papel central. Como observam Rotelli, Leonardis e Mauri (2019, p. 18–23), a “desinstitucionalização não significava apenas desospitalizar corpos, mas desarticular a função histórica do manicômio como espaço de exclusão, de silêncio e de produção de cronicidade”. Em países como França e Estados Unidos, a crítica avançou no sentido de propor o cuidado comunitário de base territorial, entendendo a saúde mental não como uma patologia isolada, mas como experiência existencial, social e política.

Na França, a psiquiatria de setor constituiu um marco nesse processo. O território foi reconhecido como espaço de pertencimento e reconstrução dos laços sociais, superando a concepção de vigilância extramuros. Amarante (2011, p. 45–46) destaca que os *Centres de Santé Mentale* (CSMs), distribuídos de forma equitativa pelos setores administrativos, representaram a primeira experiência de saúde mental organizada segundo os ritmos, vínculos e especificidades das comunidades. A inovação fundamental consistiu em assegurar a continuidade terapêutica: os pacientes eram acompanhados pela mesma equipe multiprofissional antes, durante e depois da internação, rompendo com a lógica da fragmentação e dissolvendo a dicotomia entre o “dentro” e o “fora” do hospital.

Mais do que uma reorganização administrativa, a proposta formulada por Lucien Bonnafé e colaboradores incorporava uma concepção ética e política: ao regionalizar os serviços, buscava-se reinserir o sujeito em seu próprio território, entrelaçando cuidado e pertencimento. A territorialidade, nesse sentido, não se reduzia à descentralização geográfica, mas se configurava como restituição da cidadania psíquica e política dos usuários, mediante a

valorização dos vínculos afetivos e comunitários, e pela corresponsabilidade no processo de cuidado.

Nos Estados Unidos, o desenvolvimento da psiquiatria preventiva, também conhecida como *mental health community-based care*, constituiu uma tentativa de romper com a psiquiatria centrada na doença e no confinamento, propondo uma abordagem voltada à promoção da saúde mental, à prevenção de crises e à intervenção precoce. Esse movimento ganhou força a partir do impacto do censo psiquiátrico de 1955, que revelou a violência estrutural e a superlotação dos hospitais psiquiátricos. Como resposta, o presidente “John F. Kennedy anunciou, em 1963, um plano nacional para substituir os grandes asilos por uma rede de serviços descentralizados, multifuncionais e territorializados” (Amarante, 2011, p. 47).

Inspirado pelas formulações de Gerald Caplan, considerado o fundador da psiquiatria preventiva, esse modelo sustentava que os transtornos mentais poderiam ser prevenidos por meio da intervenção nas condições sociais, familiares e comunitárias que os precipitavam. Nesse contexto, o conceito de crise tornou-se categoria central: compreendida como momento de vulnerabilidade, mas também de possibilidade de transformação, a crise passou a orientar a atuação das equipes interdisciplinares. Tais “equipes passaram a ocupar o território como consultores comunitários, intervindo em escolas, famílias, espaços de trabalho e de convivência, promovendo práticas de cuidado integradas à vida cotidiana” (Amarante, 2011, p. 50).

A psiquiatria preventiva representou, assim, uma mudança radical de paradigma: deslocou o foco do hospital para o território, do médico para a equipe multiprofissional, da doença para a saúde, do sintoma para o vínculo social. Mais do que reabilitar pacientes já internados, a proposta era a de fomentar contextos comunitários saudáveis, identificar fatores de risco, fortalecer redes de proteção e mobilizar recursos locais. O hospital psiquiátrico deveria tornar-se obsoleto não apenas pela diminuição das internações, mas porque sua própria função perderia sentido em uma política voltada à vida e não à exclusão.

Entretanto, como advertiram Rotelli, Leonardis e Mauri (2019, p. 22), mesmo essas reformas progressistas foram progressivamente capturadas por lógicas burocráticas e sanitárias. Ao perderem o horizonte político da desinstitucionalização, muitos serviços comunitários se transformaram em novos dispositivos de controle social fragmentado, produzindo o chamado “circuito hidráulico”: um fluxo contínuo e circular de sujeitos entre centros de crise, ambulatorios, internações breves e lares protegidos, sem romper a lógica de gerenciamento da loucura como problema social crônico.

Ainda assim, essa fase histórica marcou um ponto de inflexão fundamental: foi o momento em que se abandonou de modo irreversível a noção de que o asilo constituía o locus privilegiado do tratamento. O território passou a ser compreendido não como espaço periférico de vigilância extramuros, mas como lugar ético, político e clínico do cuidado. Nesse cenário, a ideia de cura da doença foi substituída pela atenção integral à saúde mental, concebida como prática intersetorial e emancipatória, orientada pela singularidade do sujeito, por sua inserção comunitária e pelo fortalecimento de sua autonomia existencial.

A crítica formulada pelos autores italianos é incisiva: a verdadeira desinstitucionalização não se resume à migração dos serviços do hospital para a comunidade. Ela exige, antes, uma refundação ética e política do próprio conceito de cuidado, concebido como processo social denso, que “mobiliza os sujeitos, transforma as relações de poder, reconstrói o território e redefine os lugares do saber e da escuta” (Rotelli; Leonardis; Mauri, 2019, p. 21).

Nesse sentido, apenas quando se desarticula a racionalidade clínica que isola o sujeito de seu mundo e se reconhece sua capacidade de desejo, de participação e de construção coletiva, é que se pode falar em desinstitucionalização real. Caso contrário, o que se mantém é a reprodução do manicômio sem paredes, onde a lógica da vigilância e da normatização persiste sob novas roupagens. Assim, a crítica de Rotelli, Leonardis e Mauri (2019) não é apenas institucional, mas epistemológica: “questiona os fundamentos científicos, os mecanismos de produção de verdade e os regimes de saber-poder que sustentaram a psiquiatria ocidental no pós-guerra”. Sem essa crítica radical, afirmam os autores, o que se realiza não é a desconstrução da exclusão, mas apenas a sua gestão modernizada.

Na Itália, a experiência singular e paradigmática de Franco Basaglia e seus colaboradores representou um divisor de águas na história da psiquiatria ocidental. A partir de sua atuação em Gorizia, Trieste e outras localidades, Basaglia denunciou a função política do hospital psiquiátrico como máquina de exclusão social, argumentando que ele não curava, mas apenas administrava a marginalidade sob o pretexto da proteção.

Com base em uma crítica radical às estruturas de poder e ao saber psiquiátrico tradicional, o movimento italiano culminou na promulgação da Lei nº 180/1978, que determinou o fechamento progressivo dos manicômios e a construção de dispositivos de cuidado territorial, como os Serviços de Saúde Mental Comunitários, os Centros de Crise e as Cooperativas Sociais. Conforme destaca Franco Rotelli (2019) esse processo não foi apenas uma reforma institucional, mas uma transformação cultural e ética que colocou o sujeito em sofrimento psíquico no centro das decisões sobre sua vida.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001) consagrou a territorialidade como fundamento do cuidado. Amarante (2018, p. 177) destaca que:

Operar pela lógica do território implica em pensar o território como cenário de encontros, como lugar e tempo dos processos de subjetivação e de autonomização. Como locus da produção de ações e provocações dos atos de cuidado articulados em rede. Trata-se de um grande esforço para construir uma outra lógica que se contraponha a uma racionalidade hegemônica e à lógica do capitalismo globalizado.

E defende que:

Atuar segundo a lógica do território, como preconizam as portarias da Atenção Psicossocial e da Atenção Básica é pensá-lo como campo de interações e relações, reprodução dos modos hegemônicos e pasteurizados de viver e, também, lugar de resistências, apostas naquilo que difere. Uma potente rede de saúde no território pode propiciar a produção de outros modos de fazer andar a vida, aumentar a contratualidade social e o coeficiente de autonomia, bem como possibilitar o reposicionamento subjetivo, diante de si e do mundo (Amarante, 2018, p. 178).

Portanto, essa lógica deve ser centrada na construção de vínculos e na reinserção da pessoa em seu território de origem, rompendo com a lógica do exílio manicomial. Sob essa perspectiva, confronta diretamente a lógica disciplinar descrita por Michel Foucault, segundo a qual a psiquiatria serviu como instrumento de exclusão e de poder de normalização, transformando “o saber psiquiátrico, em articulação com o poder judiciário, em instâncias de controle do anormal, removendo os sujeitos da sociedade para espaços de confinamento” (Foucault, 2021, p. 36). O cuidado territorializado, portanto, configura-se como uma resposta crítica a esse modelo, valorizando a singularidade e a cidadania do usuário.

Não há dúvida de que, entre os muitos desafios do rompimento com a lógica manicomial, destaca-se de forma contundente a dificuldade de reintegrar a loucura à vida social e ao espaço urbano. Esse obstáculo se intensifica diante do retorno, nas últimas décadas, de práticas e discursos alinhados ao paradigma psiquiátrico tradicional, os quais continuam a influenciar tanto o imaginário coletivo quanto o funcionamento de parte dos serviços substitutivos.

As imagens construídas historicamente sobre a pessoa considerada louca — como alguém perigoso, irracional, desprovido de desejo, incapaz e alienado — têm servido como justificativa para sua segregação, determinando socialmente o lugar que lhe é reservado. A desconstrução dessas representações exige não apenas uma crítica ao modelo anterior, mas também a promoção de mudanças efetivas nas condições sociais e culturais que sustentam tais visões, permitindo a emergência de novos sentidos e formas de pertencimento. A Resolução

CNJ nº 487/2023, ao fortalecer o princípio da territorialidade da atenção psicossocial, reforça os próprios fundamentos da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Nesse sentido, Amarante (2011) aponta que, em última análise, todas as inovações e mudanças anteriormente mencionadas têm como finalidade maior a construção de um novo imaginário social acerca da loucura e dos sujeitos em sofrimento psíquico — um imaginário que abandone as posturas de rejeição ou de mera tolerância para adotar, em seu lugar, a lógica da reciprocidade e da solidariedade a partir do território.

A experiência prática revela que os modelos baseados no cuidado comunitário apresentaram os melhores resultados globais em termos de reabilitação psicossocial e redução de reinternações. Trata-se, portanto, de um modelo que reúne legitimidade ética, respaldo científico e consonância com os direitos humanos.

A seguir, veremos que a Resolução CNJ nº 487/2023, em seus artigos 4º a 8º, trata em linhas gerais do procedimento a ser adotado nos casos de prisão em flagrante de pessoa inimputável ou com suspeita de inimputabilidade. Para tanto, dedicaremos alguns subtítulos a fim de esclarecer as possibilidades e medidas que podem ser tomadas pelo juiz e demais envolvidos durante esse relevante ato.

Atualmente, além de servir para averiguar a legalidade das prisões — mantendo-as ou relaxando-as, esse procedimento também é fundamental para verificar a ocorrência de tortura ou tratamento degradante ou cruel. Mais do que isso, constitui-se em um potente instrumento de conhecimento acerca da realidade socioeconômica da pessoa presa, cuja deficiência ou precariedade muitas vezes são fatores decisivos para a prática ilícita cometida.

3.2.3 Do Procedimento nas audiências de Custódia em casos que envolvam pessoas inimputáveis ou com indícios de sofrimento ou perturbação mental

Do artigo 4º ao artigo 8º da Resolução são estabelecidos os procedimentos e diretrizes a serem adotados pelo juiz quando lhe é apresentada uma pessoa presa com indícios de sofrimento mental, em situação de crise, ou que já tenha sido declarada inimputável por perícia médica em razão de processos anteriores. O rito a ser seguido é minuciosamente descrito, e seu detalhamento posterior foi previsto pela minuta de provimento a ser submetida à aprovação da Corregedoria-Geral de Justiça, elaborada por este mestrando e que também constitui um dos produtos técnicos apresentados.

A seguir, será feita uma exposição sobre o instituto da audiência de custódia, com a indicação de seus fundamentos, extraídos da ordem convencional, e sua regulamentação, em breves linhas.

3.2.3.1 A Audiência de Custódia no Brasil: Definição e Fundamentos, Regulamentação

A audiência de custódia constitui um mecanismo jurídico-processual essencial para a proteção dos direitos fundamentais da pessoa presa em flagrante, em especial por dar concretude ao princípio da presunção da inocência, assegurando-lhe o direito de ser apresentada sem demora à autoridade judicial, ocasião em que esta procederá ao controle imediato da legalidade e da necessidade da prisão em flagrante por parte do Poder Judiciário (Jurubeba, 2016, p. 25).

Trata-se, portanto, de um dispositivo voltado à garantia do controle da legalidade, da necessidade e da integridade física e psíquica da pessoa detida, funcionando como barreira institucional contra práticas arbitrárias de prisão e contra eventuais violações aos direitos humanos, especialmente a tortura, o tratamento cruel ou degradante e a coação ilegal. Para além dessa dimensão, a audiência de custódia possibilita a realização de uma análise mais ampla das condições socioeconômicas e de saúde da pessoa custodiada, ocasião em que também podem ser avaliadas suas necessidades de inserção em políticas públicas.

Esse momento se revela, portanto, como oportunidade de identificação e encaminhamento para a efetivação de direitos sociais e individuais até então negligenciados, pelo menos aqueles mais básicos e passíveis de serem detectados durante a entrevista, seja com o magistrado, com o defensor, ou ainda com a equipe de apoio técnico e multiprofissional das APEC's, quando existentes.

A origem da audiência de custódia, tal como concebida no ordenamento jurídico brasileiro, decorre diretamente dos compromissos internacionais firmados pelo Estado brasileiro, notadamente da Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de San José da Costa Rica), ratificada pelo Decreto nº 678/1992. Em seu artigo 7º, item 5, a Convenção dispõe: “Toda pessoa presa, detida ou retida deve ser conduzida, sem demora, à presença de um juiz ou outra autoridade autorizada por lei a exercer funções judiciais”.

Tal previsão integra o bloco de constitucionalidade dos direitos e garantias fundamentais no Brasil, nos termos do artigo 5º, §2º, da Constituição Federal de 1988, impondo ao Estado o dever de assegurar o controle judicial imediato sobre a privação da

liberdade, garantindo, assim, a legalidade do ato prisional e a integridade da pessoa submetida à custódia estatal.

A efetivação normativa da audiência de custódia no Brasil deu-se, de forma estruturante, a partir de 2015, com a edição da Resolução nº 213/2015 do CNJ. Essa norma regulamenta a apresentação da pessoa presa ao juiz competente no prazo de 24 horas após a prisão em flagrante, assegurando a participação da defesa técnica (advogado ou defensor público) e do Ministério Público, bem como a presença de equipe multidisciplinar, sempre que possível, para a realização de entrevista humanizada e avaliação de eventual vulnerabilidade.

A Resolução estabelece que a audiência de custódia não se destina apenas à análise da legalidade da prisão, mas também à verificação de indícios de tortura ou maus-tratos, à avaliação de alternativas penais à privação de liberdade, à apuração das condições pessoais e sociais da pessoa presa e à observância do princípio da excepcionalidade da prisão cautelar. Em casos de suspeita de violação de direitos, compete ao juiz adotar providências imediatas, como a requisição de exame de corpo de delito, o encaminhamento ao Ministério Público e a instauração de apuração disciplinar ou penal.

Além disso, a Resolução nº 213 incorporou princípios da justiça restaurativa, da responsabilização humanizada, da interseccionalidade e da dignidade da pessoa presa, permitindo, inclusive, que pessoas com transtornos mentais ou sinais de vulnerabilidade psicossocial sejam encaminhadas para atendimento na RAPS, em consonância com a Resolução CNJ nº 487/2023.

3.2.3.2 Avanços, limitações e desafios do instituto

Apesar de representar um avanço significativo no campo das garantias processuais e dos direitos humanos, a audiência de custódia ainda enfrenta limitações estruturais, operacionais e culturais no Brasil.

Uma primeira crítica recai sobre a subutilização do instituto como mecanismo de desencarceramento. Em muitos contextos, especialmente nos grandes centros urbanos, a audiência converte-se em mero ato homologatório da prisão em flagrante, com manutenção automática da prisão preventiva, ainda que existam alternativas legais e viáveis, como medidas cautelares diversas da prisão.

Ademais, a reprodução da seletividade penal é evidente nesse espaço. Pessoas negras, pobres, em situação de rua ou com histórico de sofrimento psíquico continuam a ser as mais

prejudicadas pelas decisões que resultam em encarceramento, mesmo quando o ordenamento jurídico e os tratados internacionais afirmam o caráter excepcional da prisão cautelar.

Outra limitação refere-se à ausência ou fragilidade da estrutura multidisciplinar prevista na Resolução nº 213/2015, realidade que inclui o estado do Tocantins, onde ainda não foi implantado o serviço APEC. Em muitos tribunais, as equipes psicossociais são reduzidas ou inexistentes, o que inviabiliza a realização de entrevistas qualificadas que contemplem aspectos subjetivos, familiares, territoriais e psicossociais da pessoa custodiada. Sem esse olhar ampliado, a decisão judicial permanece restrita ao auto de prisão e às manifestações das partes, fragilizando a função garantidora da audiência. Quando detém maior sensibilidade, o próprio magistrado busca extrair, na entrevista direta, elementos que possam subsidiar encaminhamentos mais adequados e uma decisão mais qualificada.

Persistem, ainda, restrições orçamentárias, logísticas e culturais à plena implementação do instituto em todo o território nacional, especialmente nas comarcas do interior. Essa limitação tem ensejado a realização de audiências virtuais, em aparente contradição com o que prevê a Resolução que disciplina a matéria. Soma-se a isso a ausência de transporte adequado, a carência de defensores públicos e membros do Ministério Público em número suficiente, a inexistência de laudos periciais prévios à realização da audiência de custódia e a resistência de parte da magistratura e das polícias. Tais fatores comprometem a efetividade desse instrumento, que se pretende de combate à tortura e de redução das taxas de encarceramento no país.

Portanto, para que a audiência de custódia cumpra integralmente sua função, é indispensável que seja concebida não como mera etapa processual formal, mas como mecanismo de ruptura com a tradição autoritária do processo penal brasileiro. Isso exige investimento institucional, capacitação permanente, compromisso efetivo com os direitos humanos e escuta qualificada das vulnerabilidades sociais.

É necessário, sobretudo, que o Poder Judiciário atue com empatia, técnica e coragem para assegurar que a privação da liberdade seja, de fato, a última e mais excepcional das medidas.

3.2.3.4 Audiência de Custódia, Saúde Mental e Garantias Fundamentais: uma Análise dos Artigos 4º a 8º da Resolução CNJ nº 487/2023

A Resolução nº 487/2023, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), ao dispor sobre o tratamento jurisdicional conferido às pessoas com indícios de transtorno mental ou deficiência psicossocial no contexto das audiências de custódia, inaugura um marco normativo de elevado valor garantista. Os artigos 4º a 8º concentram disposições que articulam o processo penal, a proteção de direitos fundamentais e os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, com ênfase na desinstitucionalização e no cuidado em liberdade.

De forma precisa, o artigo 4º da Resolução estabelece que, quando houver apresentação de pessoa com indícios de sofrimento psíquico ou deficiência psicossocial, identificados por equipe técnica qualificada, o juízo, ouvidos o Ministério Público e a defesa, deverá priorizar, sempre que possível, o encaminhamento para atendimento voluntário na RAPS, observando os princípios da autonomia, da dignidade humana e da não discriminação. Em situações de crise aguda, a atuação deve ser imediata, com a intervenção de equipe especializada, visando à contenção não violenta, ao manejo clínico qualificado e ao subsequente encaminhamento à rede de cuidados, devendo ser acionados serviços de emergência, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Tal diretriz está em sintonia com o princípio da jurisdicionalidade, conforme definido por Luigi Ferrajoli (2002, p. 431, 447), no “axioma nº 7 de seu modelo garantista, segundo o qual nenhuma pessoa pode ser privada de sua liberdade sem o devido processo legal, que inclui o direito de manifestação”, a limitação temporal estrita da privação e sua estrita submissão ao controle jurisdicional. Avança, ainda, ao prever, no parágrafo único do artigo 4º, que o custodiado poderá manifestar o desejo de ser acompanhado, durante o ato judicial, por pessoa de sua escolha, seja integrante de seu círculo pessoal, seja pertencente a uma rede de apoio institucional, reforçando o caráter humanizado e dialógico do procedimento.

Ainda nessa perspectiva, o artigo 5º estabelece que a eventual impossibilidade de realização imediata da audiência de custódia, em razão de crise psíquica aguda, não exime o Estado do dever de proteção integral. Nesses casos, a pessoa custodiada deverá ser submetida à avaliação médica e psiquiátrica especializada, com a elaboração de laudo circunstanciado, assegurando-se também seu direito à escuta qualificada em momento oportuno, garantindo a efetividade dos direitos processuais mesmo diante de condições clínicas adversas.

O artigo 6º reforça que nenhuma medida cautelar imposta pelo juízo, seja de natureza pessoal ou patrimonial, poderá obstruir ou inviabilizar o acesso à RAPS ou comprometer a

continuidade do tratamento em liberdade. Esta previsão converge com o entendimento de Pacelli (2012, p. 432), que afirma “que as medidas cautelares devem observar o critério da necessidade estrita, de modo que sua imposição seja sempre à *ultima ratio*, sob pena de violação ao princípio da proporcionalidade”.

Importa destacar que, mesmo havendo conversão do flagrante em prisão preventiva, persistindo indícios, ainda não confirmados, de sofrimento mental, o juiz deverá determinar atendimento médico na unidade prisional, preferencialmente especializado, com a autorização para idas à RAPS. Assim, será garantida a devida atenção integral à saúde da pessoa e a continuidade ou início de seu tratamento, caso se identifique acompanhamento anterior na rede de saúde.

Não se afasta a hipótese de que, mesmo sem confirmação formal do diagnóstico, mas havendo fortes indícios de sofrimento mental, o juiz, valendo-se das informações da equipe APEC ou da EAP, poderá optar pela internação em substituição à prisão, desde que subsidiado por relatório técnico dos especialistas. Deve-se, contudo, evitar a determinação de internação sem parecer médico prévio, sob pena de violação aos princípios da legalidade e da proteção integral.

Por outro lado, evidencia-se a relevância de que o sistema prisional, ao menos em suas maiores unidades, disponha de acesso ao sistema e-SUS, integrado às equipes APEC, o que facilitaria a tomada de decisão durante a audiência de custódia. Uma vez identificado tratar-se de paciente atendido pela RAPS, tal informação auxiliaria na definição do encaminhamento mais adequado.

Em visita ao Estado do Ceará, em julho de 2024, este pesquisador constatou que o Centro Integrado de Custódias de Fortaleza já disponibiliza o acesso ao e-SUS, medida sugerida pelo CEIMPA à Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, para que promova convênio com o Poder Judiciário, a Seciju e a Sesau. Esse convênio permitiria consultas tanto pela unidade médica da Unidade Penal de Palmas (UPPR) ou pela equipe da Junta Médica Oficial, quanto pela futura equipe APEC da capital e das três maiores comarcas do estado. O acesso, resguardado pelo sigilo dos prontuários, é fundamental para que ao menos o diagnóstico, os tratamentos empregados e as medicações prescritas sejam conhecidos, permitindo decisões mais seguras e humanizadas.

Em outro norte, a Resolução proíbe expressamente o uso indiscriminado de monitoramento eletrônico, exigindo análise técnica quanto à adequação da medida à situação clínica e social do indivíduo. Em consonância com os compromissos internacionais assumidos pelo Brasil, a norma reafirma a vedação ao uso abusivo de algemas e de contenções físicas,

especialmente quando aplicadas de forma desproporcional e desnecessária a pessoas com transtornos mentais. Este dispositivo se harmoniza com os preceitos da Convenção das Nações Unidas contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (1984), bem como com as diretrizes técnicas estabelecidas no Manual de Algemas do CNJ (2022), que delineia parâmetros legais e operacionais para o uso desses instrumentos, particularmente em relação à população em sofrimento psíquico.

Por fim, o artigo 8º introduz a possibilidade de substituição da prisão preventiva por prisão domiciliar, sempre que as condições de saúde mental da pessoa assim o recomendarem. Longe de representar mera flexibilização processual, tal substituição deve ser interpretada como oportunidade concreta de articulação com políticas públicas de inclusão e de promoção da cidadania.

Nesse sentido, Amarante (2011, p. 69) destaca que a “lógica do cuidado em liberdade implica o abandono de práticas de contenção institucional e a valorização da autonomia do sujeito”, inserindo-se em estratégias amplas de reabilitação psicossocial que envolvam o acesso ao trabalho, à educação, ao convívio familiar e comunitário e ao tratamento digno e contínuo na RAPS. Para o autor, os serviços já não serão locais de repressão, disciplina, controle e vigilância. Devem ser entendidos como dispositivos estratégicos, lugares de acolhimento, de cuidado e trocas sociais.

Dessa forma, os dispositivos analisados não apenas reafirmam o compromisso do Poder Judiciário com a proteção dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, mas também operam como instrumentos efetivos de transição para um paradigma de justiça terapêutica, dialógica e democrática, alicerçada em princípios constitucionais e em normativas internacionais de direitos humanos.

3.2.4 Da aplicação das medidas de segurança: A Seção III da Resolução CNJ nº 487/2023 sob a Perspectiva da Reforma Psiquiátrica e do Direito Penal Democrático, Tratamento ambulatorial e internação

A Resolução CNJ nº 487/2023 inaugura um novo paradigma de atuação judicial frente à população com sofrimento mental em conflito com a lei. A Seção III, em especial, regula as medidas de segurança com foco no tratamento ambulatorial, rechaçando o modelo asilar e priorizando o cuidado em liberdade no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A história das medidas de segurança no Brasil está profundamente enraizada no modelo psiquiátrico tradicional e em práticas de exclusão institucional. Com a promulgação

da Lei nº 10.216/2001 e os avanços da Reforma Psiquiátrica, tornou-se urgente a revisão das respostas penais a sujeitos com transtornos mentais, notadamente na execução das medidas de segurança. A Resolução CNJ nº 487/2023 insere-se nesse contexto, propondo uma reconfiguração da prática judicial à luz do cuidado em liberdade, dos direitos humanos e dos princípios da legislação sanitária.

O artigo 11 da Resolução 487 consagra a prioridade absoluta do tratamento ambulatorial sobre a internação, invertendo a lógica até então dominante estampada no artigo 97 do Código Penal, segundo a qual, em quase todas as situações (crimes apenados com reclusão), a opção primeira era a internação. É assegurado que tanto o tratamento ambulatorial quanto a internação ocorram no âmbito da RAPS. Tal previsão expressa a opção política e jurídica por um modelo de cuidado que rompe com o paradigma manicomial e concretiza o princípio da dignidade da pessoa humana, constitucionalmente assegurado.

Sob o ponto de vista da criminologia crítica, essa reconfiguração é coerente com a crítica à função seletiva do sistema penal, que historicamente operou como máquina de gestão dos “inaptos”, “perigosos” e “desviantes”. Como observa Paulo Jacobina, a medida de segurança converte-se em forma de controle social travestida de tratamento, reproduzindo a violência simbólica do sistema penal. Para o autor, é necessário romper com a noção de que o inimputável é um sujeito a ser neutralizado, reconhecendo-se sua cidadania e direito à autonomia terapêutica, o que pode implicar numa responsabilização *sui generis*, mais consentânea com a visão contemporânea.

Haroldo Caetano da Silva, por sua vez, sustenta que a medida de segurança é resquício de uma racionalidade autoritária, incompatível com o Estado Democrático de Direito. Para ele, o fundamento contemporâneo da interdição penal deixou de ser a periculosidade, substituída pelo critério da culpabilidade, que sequer teria sido recepcionado pelo texto constitucional de 1988. A Lei nº 10.216/2001, nesse sentido, é instrumento normativo que impõe uma nova forma de tratamento, baseada em direitos e não em segregação (Silva, 2012, p. 87).

Nesse mesmo sentido, Salo de Carvalho, em obra de referência no campo da criminologia crítica, destaca que a medida de segurança, por prescindir de prazo determinado, opera como mecanismo de neutralização permanente dos sujeitos considerados perigosos, sendo marcada pela indefinição temporal, pela estigmatização e pelo desrespeito à garantia da legalidade estrita. Segundo o autor, essa indefinição a torna funcional ao sistema penal de exceção, incompatível com os postulados garantistas. A ausência de limite temporal e a lógica da periculosidade tornam, assim, a medida de segurança um instrumento de exceção, fundado

na exclusão e na neutralização do diferente, sendo, em suas palavras, “o dispositivo mais emblemático de violação de direitos fundamentais” (Carvalho, 2010, p. 118).

O parágrafo único do artigo 11, ao exigir que qualquer decisão sobre a revogação ou substituição da medida de segurança considere os elementos constantes do PTS, reforça a perspectiva intersetorial e multiprofissional do cuidado, atribuindo protagonismo à equipe de saúde e ao próprio sujeito em sofrimento psíquico. Trata-se de um reposicionamento da atuação judicial que abandona a lógica da periculosidade abstrata e adota uma abordagem centrada na singularidade da experiência do sujeito.

O artigo 12 reforça que a execução do tratamento não exige comparecimento à unidade judicial ou ao Ministério Público, devendo a avaliação judicial ser pautada por relatórios das equipes de saúde, com a participação efetiva da equipe EAP-DESINSTE.

O artigo 13 determina que interrupções pontuais no tratamento não devem ensejar regressão para internação, devendo a situação ser analisada sob a ótica do cuidado, e não da punição.

Por fim, o artigo 14 estabelece que a internação apenas será cabível mediante recomendação expressa da equipe de referência da RAPS, em ambiente hospitalar geral, vedado o uso de hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. A internação é, portanto, medida de exceção a ser utilizada somente quando os demais serviços substitutivos não estiverem respondendo de forma adequada ao tratamento.

3.2.5 O tratamento em saúde mental no curso do cumprimento de pena (art. 15)

O artigo 15 da Resolução CNJ nº 487/2023 aborda a situação de pessoas em cumprimento de pena que necessitam de tratamento em saúde mental, determinando uma reavaliação judicial da necessidade e da adequação da prisão sempre que constatada tal circunstância. Essa reavaliação deve considerar prioritariamente a demanda de atenção à saúde da pessoa, com o objetivo central de iniciar ou dar continuidade ao tratamento em serviços da RAPS. Para embasar a decisão judicial, é imprescindível a escuta qualificada da equipe multidisciplinar, do Ministério Público e da defesa.

O parágrafo único do artigo 15 enfatiza o dever de apoio ao encaminhamento dessas pessoas para os serviços da RAPS e da rede de proteção social. Esse suporte deve ser providenciado pelas equipes de saúde das unidades prisionais, pela Equipe de Avaliação e Acompanhamento das EAP's e por demais equipes conectoras.

No âmbito do Tocantins, o CEIMPA, em uma de suas reuniões ordinárias, fixou critérios mínimos para condução e atendimento de pessoas custodiadas em equipamentos da RAPS, após veemente protesto de profissionais de saúde. Relatou-se que a chegada de equipes policiais fortemente armadas e com pacientes algemados aos CAPS desequilibrava a rotina dos atendimentos e gerava instabilidade entre os demais usuários. Diante disso, estabeleceu-se que tais conduções devem ocorrer de forma mais humanizada, evitando-se o uso de algemas e o porte ostensivo de armas de fogo, privilegiando, sempre que possível, o agendamento prévio em horários de menor fluxo nas unidades de saúde.

A interlocução constante com os equipamentos da RAPS responsáveis pelo tratamento é condição essencial para assegurar que os subsídios sobre a singularidade do acompanhamento da pessoa sejam incorporados ao processo judicial, de modo a priorizar a dimensão da saúde.

O Termo de Cooperação firmado no Tocantins reforça esse compromisso ao estabelecer a finalidade de efetivar ações desde a porta de entrada do Sistema de Justiça Criminal até a desinstitucionalização, organizando fluxos de atenção psicossocial integral para todas as fases do procedimento. Prevê, ainda, o fomento à atuação do Poder Judiciário em articulação com a EAP-Desinste, para identificação de pessoas com transtorno mental que possam se beneficiar de medidas terapêuticas em substituição às respostas penais tradicionais.

A seguir, serão analisadas as disposições que tratam de forma específica da desinstitucionalização, objeto dos artigos 16 a 18-A da Resolução.

3.2.6 Da Desinstitucionalização (Artigos 16 a 18-A)

A Resolução CNJ nº 487/2023 foca na desinstitucionalização, considerada etapa crucial de todo o normativo por refletir um dos pilares centrais da Reforma Psiquiátrica brasileira: a superação da lógica manicomial.

Para tanto, estabelece como diretriz inicial a revisão de todos os processos com vistas à desinstitucionalização das pessoas em cumprimento de medida de segurança. No Tocantins, essa medida foi implementada desde a segunda reunião do Grupo de Trabalho Interinstitucional (GTI), posteriormente transformado no Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial (CEIMPA). Todos os processos foram revisados sucessivas vezes, em razão da própria dinâmica processual, das possibilidades de reencontro ou distanciamento familiar, bem como da evolução ou involução do tratamento e do quadro clínico de cada paciente judiciário.

Grande contribuição nesse processo foi prestada pelo Serviço de Assistência Social da Defensoria Pública da União, que desenvolveu um trabalho de campo minucioso de contato com o paciente e sua respectiva família no território. Esse esforço permitiu ao GTI conhecer de forma aprofundada a realidade sociodemográfica de cada caso, insumo essencial para a formulação de estratégias individualizadas de desinstitucionalização. Essa experiência será detalhada na próxima seção deste relatório.

3.2.6.1 Revisão de Processos para Desinstitucionalização (Art. 16)

O artigo 16 da Resolução CNJ nº 487/2023 estabelece que a autoridade judicial competente deve proceder à revisão dos processos, com o objetivo de avaliar a possibilidade de extinção da medida de segurança em curso, progressão para tratamento ambulatorial em meio aberto ou transferência para estabelecimento de saúde adequado. O prazo inicialmente fixado em seis meses foi posteriormente ampliado para nove meses a partir da entrada em vigor da Resolução, conforme alteração introduzida pela Resolução CNJ nº 572/2024. Os casos abrangidos por essa revisão contemplam:

- a) pessoas em execução de medida de segurança em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), instituições congêneres ou unidades prisionais;
- b) pessoas que permanecem nesses estabelecimentos apesar da extinção da medida ou da expedição de ordem de desinternação condicional;
- c) pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em situação de prisão processual ou cumprimento de pena em unidades prisionais, delegacias de polícia ou estabelecimentos congêneres.

O parágrafo único do referido artigo destaca o papel essencial do Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial (CEIMPA) e das equipes conectoras ou multidisciplinares qualificadas no apoio às ações permanentes de desinstitucionalização.

No Estado do Tocantins, o CEIMPA/TJTO foi instituído em substituição ao GTI, assumindo a responsabilidade pela gestão, acompanhamento e monitoramento da Política Antimanicomial, bem como pela coordenação dos fluxos interinstitucionais de desinstitucionalização, em articulação com o Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e Socioeducativo (GMF). Registra-se, ainda, que este autor exerceu a função de primeiro coordenador do CEIMPA, contribuindo ativamente para a implementação e consolidação dessa estrutura institucional.

3.2.6.2 Elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS) (Art. 17)

O artigo 17 complementa o disposto no artigo 16, ao estabelecer que a autoridade judicial deve determinar a elaboração de PTS para todas as pessoas em cumprimento de medida de segurança que ainda se encontrem internadas em HCTPs, instituições congêneres ou unidades prisionais.

O prazo para a elaboração desses projetos foi atualizado para 15 (quinze) meses a partir da entrada em vigor da Resolução. O PTS deve ter como finalidade a alta planejada e a reabilitação psicossocial assistida em meio aberto, devendo os documentos correspondentes ser apresentados nos autos do processo ou em audiência judicial, com a participação dos representantes das entidades envolvidas.

A centralidade do PTS é reafirmada no Termo de Cooperação do Tocantins, que prevê tanto a revisão dos processos com base nesse instrumento [item 18.X], quanto a obrigatoriedade de sua elaboração [34.4.2.7]. No âmbito estadual, a Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins possui a competência de fomentar a desinstitucionalização e de assegurar a construção dos PTS, por meio da atuação da EAP.

Nessa dinâmica, a EAP atua como coadjuvante, cabendo à RAPS do território a responsabilidade principal pela elaboração do projeto, que deve contemplar estratégias de alta planejada e de reabilitação psicossocial assistida em meio aberto, com comunicação obrigatória ao juízo da execução penal.

3.2.6.3 Interdição e Fechamento de Estabelecimentos Psiquiátricos (Art. 18)

O artigo 18 da Resolução CNJ nº 487/2023 estabelece prazos específicos para a interdição e o fechamento dos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico. Determina-se que a autoridade judicial competente promova a interdição parcial dessas instituições, com vedação de novas internações, no prazo de 9 (nove) meses a contar da entrada em vigor da norma. Em seguida, no prazo máximo de 15 (quinze) meses, deverá ser efetivada a interdição total e o consequente fechamento desses estabelecimentos. Trata-se de medida nuclear para a consolidação da transição do modelo manicomial para o paradigma do cuidado em liberdade, a ser efetivado no âmbito da RAPS.

O Termo de Cooperação firmado no Tocantins prevê, entre as obrigações comuns, o apoio às ações de interdição parcial e total dos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico, promovendo sua qualificação [28.4.1.5]. Ademais, a Secretaria de Estado da

Saúde compromete-se a apoiar os processos de desinstitucionalização, viabilizando a interdição do HCTP ou das alas psiquiátricas adaptadas existentes nas unidades prisionais.

No Estado do Tocantins, a interdição total será implementada tão logo os oito pacientes remanescentes sejam transferidos para a Residência Terapêutica de Palmas. Para tal, aguarda-se apenas a aquisição do mobiliário e a finalização da reforma do imóvel destinado ao funcionamento da residência, situado nas proximidades do CAPS II da capital, de modo a facilitar o acompanhamento terapêutico.

Registre-se, ainda, que a finalidade da Resolução não é perpetuar a medida de segurança. Assim, tão logo sejam produzidos o relatório psicossocial e o laudo da junta médica atestando a boa resposta ao tratamento e a ausência de instabilidade clínica, deverá ser declarada a extinção da medida de segurança e, por consequência, do processo. Nesses casos, caso o paciente não disponha de autonomia suficiente ou de suporte familiar, poderá permanecer como morador da residência terapêutica e como usuário do CAPS de referência territorial.

Cumprе destacar que, em decisão proferida no Mandado de Segurança nº 39.747/RJ, o Ministro Flávio Dino deferiu liminar para suspender os prazos fixados exclusivamente para o fechamento dos três manicômios judiciais do Estado do Rio de Janeiro. A medida atendeu a pedido formulado pelo Governador, que sustentou, entre outros fundamentos: extrapolação da competência funcional do CNJ; invasão da esfera de atuação das administrações estaduais; imposição de interdição genérica e obrigatória sem considerar especificidades locais; e risco de desestruturação da política estadual de atenção a pacientes em conflito com a lei.

A decisão manteve, portanto, o funcionamento dos HCTPs fluminenses, desde que garantidos os direitos previstos no artigo 2º da Lei nº 10.216/2001. Ressaltou-se, contudo, que a Resolução visa implementar um modelo mais humanizado de atenção em saúde mental, mas que sua execução deve ocorrer de forma progressiva e realista, em respeito à capacidade administrativa e orçamentária dos estados. Cronogramas rígidos e medidas uniformes poderiam agravar a vulnerabilidade de pacientes e famílias, sobretudo as mais pobres.

O Ministro também invocou o precedente do Tema 698 da repercussão geral, segundo o qual a judicialização de políticas públicas deve observar o diálogo institucional e o planejamento administrativo.

Por fim, o artigo 18-A, introduzido pela Resolução CNJ nº 572/2024, estabelece a possibilidade de prorrogação dos prazos previstos nos artigos 16, 17 e 18. Tal prorrogação pode ser concedida mediante pedido fundamentado do Tribunal, em articulação com os demais atores institucionais envolvidos na execução da política, por decisão do Conselheiro

Supervisor do Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF). O pedido deve demonstrar a imprescindibilidade da prorrogação, relatar as ações já implementadas e apresentar um plano de ação detalhado para as pendências, com cronograma e definição de responsáveis. Os requerimentos foram admitidos até 29 de novembro de 2024, e sua análise observará as particularidades de cada unidade federativa.

O CEIMPA/GMF/TO solicitou a prorrogação do prazo em mais seis meses, cujo término ocorreu em maio de 2025, sem que tivesse sido concluída a liberação de todos os pacientes judiciários inimputáveis ainda custodiados em celas das unidades prisionais de Araguaína e de Palmas. Permanecem, até o presente momento, oito pessoas nessa condição, em razão da não instalação da Residência Terapêutica prevista para Palmas. O impasse decorreu da ausência de consenso entre a Secretaria de Estado da Saúde (SESAU), a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) e o próprio Poder Judiciário acerca da responsabilidade pela implantação da unidade.

Contudo, em 1º de agosto de 2025, foi firmado acordo segundo o qual o Município de Palmas assumiu a obrigação de implantar a Residência Terapêutica, enquanto a SESAU comprometeu-se a repassar, pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, os valores correspondentes à folha de pagamento, cabendo à SEMUS a contratação do pessoal necessário. Além disso, a Vara de Execuções Penais de Palmas, mediante a apresentação do respectivo projeto, aprovou a utilização de recursos oriundos de prestações pecuniárias, nos termos da Resolução CNJ nº 558/2024, para a aquisição de todo o mobiliário e equipamentos indispensáveis ao funcionamento da unidade.

Ressalte-se que este acordo ainda será submetido à deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), espaço em que os secretários municipais de saúde, juntamente com o Secretário de Estado, analisam e aprovam as pactuações propostas, condição necessária para a plena efetividade do arranjo firmado.

3.2.7 Das Disposições Finais (Artigos 19 a 23)

Os Artigos finais da Resolução delineiam a abrangência da Política Antimanicomial e os mecanismos de suporte e monitoramento.

3.2.7.1 Derivação para Justiça Restaurativa (Art. 19)

O Artigo 19 recomenda a derivação de processos criminais envolvendo pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial para programas comunitários ou judiciários de justiça restaurativa. Esta abordagem, baseada em vias consensuais alternativas, visa à desinstitucionalização, em consonância com os princípios da Política Nacional de Justiça Restaurativa do Poder Judiciário (Resolução CNJ nº 225/2016). A justiça restaurativa, nesse contexto, busca a harmonia social e a reversão de vulnerabilidades, indo além da mera punição.

3.2.7.2. Atribuições dos Grupos de Monitoramento e Fiscalização (GMFs) (Art. 20)

O Artigo 20 detalha as importantes atribuições dos Grupos de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário (GMFs) dos tribunais para a implementação da Política Antimanicomial. Entre suas competências, destacam-se:

a) A realização de inspeções judiciais conjuntas em estabelecimentos onde pessoas cumprem medida de segurança ou estão internadas provisoriamente, articulando-se com secretarias de saúde, conselhos profissionais e organizações da sociedade civil para verificar as condições à luz da Lei nº 10.216/2001. O Termo de Cooperação do Tocantins menciona o Grupo de Monitoramento e Fiscalização dos Sistemas Carcerário e Socioeducativo do Tocantins (GMF/TO) como parte signatária do termo e responsável pela coordenação do CEIMPA/TO [1, 3, 24.I, 24.3.2].

b) A mobilização da RAPS e da EAP para integrar as práticas da justiça criminal com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). O Termo de Cooperação do Tocantins prevê que o CEIMPA/TO induzirá a criação da EAP e fomentará as articulações para o fortalecimento da EAP e da PNAISP, o que ocorreu desde setembro de 2024. A Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria de Estado da Cidadania e Justiça de Tocantins também se comprometeram a envidar esforços para a implementação da PNAISP.

c) O fomento à atuação do Poder Judiciário, em articulação com a EAP, para identificar pessoas com transtorno mental potencialmente beneficiárias de medidas terapêuticas.

d) O fomento à instituição e ao fortalecimento da PNAISP e da EAP junto às Secretarias de Saúde. No caso do Tocantins, atualmente todos os municípios que possuem

unidades prisionais têm sua PNAISP própria, sendo relevante registrar que Palmas foi a última cidade a aderir ao Plano, podendo-se atribuir a sua instituição também aos trabalhos e esforços do GTI, que contava, à época, com a participação de servidores qualificados da Secretaria Municipal de Saúde, assim como da Secretaria Estadual, que contribuíram para evidenciar a necessidade de funcionamento no presídio com o maior número de pessoas presas do estado e que, mesmo com a existência de um contrato de cogestão da unidade, a assistência médica ainda deixava a desejar, ocasionando mais problemas para a rede de saúde municipal — às vezes, casos graves que resultavam até mesmo na morte de reeducandos no sistema prisional, muitas vezes por falta de uma triagem adequada e de encaminhamentos com referência e contrarreferência para a rede de saúde municipal ou estadual da capital.

e) A realização de estudos, análises e diagnósticos para qualificar a atenção à saúde mental com base no paradigma antimanicomial.

f) A instituição ou participação em Comitês Estaduais Interinstitucionais de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário (CEIMPA), com representação de diversas instituições e da sociedade civil. O Termo de Cooperação do Tocantins é um exemplo concreto dessa iniciativa.

3.2.7.3 Educação Permanente (Art. 21)

O Artigo 21 estabelece a possibilidade de os tribunais, em colaboração com as Escolas de Magistratura, promoverem cursos para a qualificação e atualização permanente de magistrados e servidores no tema da saúde mental, em consonância com os parâmetros de direitos humanos. Essa diretriz é crucial para a mudança de paradigma e a efetivação da política.

No Tocantins, realizou-se, no ano de 2024, o primeiro curso de formação destinado a operadores do direito, profissionais da saúde, da assistência social e do sistema prisional, havendo o compromisso da Escola da Magistratura de realizar essa formação anualmente. Outras formações foram promovidas pela Universidade Federal do Tocantins, por meio do Curso de Psicologia da UFT, que também integra o CEIMPA. A Secretaria Municipal de Saúde também realizará um simpósio para o debate da saúde prisional, com um tema sobre a Resolução 487, ainda em agosto do corrente ano.

3.2.7.4 Aplicação a Adolescentes (Art. 22)

O Artigo 22 estende a aplicação da Resolução aos adolescentes com transtorno ou sofrimento mental apreendidos, processados por ato infracional ou em cumprimento de medida socioeducativa. A aplicação se dará “no que couber”, considerando sua condição de pessoa em desenvolvimento, o princípio da prioridade absoluta e as devidas adaptações, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

No entanto, o DMF já expediu nota no sentido de que uma nova resolução será criada para tratar com exclusividade dos casos de adolescentes que tenham cometido atos infracionais, mas que, em razão de seu sofrimento mental, devam ser tratados de acordo com essa circunstância.

3.2.7.5 Suporte do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) (Art. 23)

Finalmente, o Artigo 23 reforça o papel de suporte permanente do CNJ, por meio do DMF, às ações dos tribunais e magistrados no cumprimento da Resolução. O parágrafo único determina que o DMF elaborará, em até 180 (cento e oitenta) dias, um Manual com Modelo Orientador CNJ para auxiliar na implementação das disposições. Tal manual já foi publicado e encontra-se à disposição do público na página: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/09/digital-manual-antimanicomial.pdf>

Portanto, a Resolução CNJ nº 487/2023, particularmente em seus Artigos 15 a 23, consolida um avanço normativo fundamental para a efetivação da Política Antimanicomial no Poder Judiciário brasileiro. Ao estabelecer diretrizes claras para a reavaliação das prisões de pessoas com transtorno mental, a desinstitucionalização por meio da revisão de processos e o fechamento de hospitais de custódia, bem como a imperativa elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares, a Resolução promove uma transição ética e humanizada do modelo manicomial para uma atenção psicossocial integral em meio aberto.

A ênfase na articulação interinstitucional, evidenciada pelas atribuições dos GMFs e pela criação de comitês como o CEIMPA/TJTO [240, 242.VI, 1, 19, 24], demonstra o reconhecimento de que a efetivação dessa política depende de um esforço coordenado entre os diferentes atores dos sistemas de justiça, saúde e assistência social. A previsão de educação permanente e o suporte contínuo do CNJ reforçam o compromisso com a capacitação e o monitoramento necessários para a transformação do paradigma. A aplicação da Resolução a adolescentes também sublinha a abrangência e a sensibilidade do novo modelo.

Em suma, a Resolução CNJ nº 487/2023 é um instrumento jurídico que busca garantir os direitos humanos das pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial no sistema de justiça, promovendo a desinstitucionalização e a reintegração social em conformidade com os avanços da reforma psiquiátrica brasileira e os padrões internacionais de direitos humanos.

3.3 A Resolução 487 contestada judicialmente

O poder do Conselho Nacional de Justiça de instituir procedimentos para a melhor gestão das atividades jurisdicionais decorre do artigo 103-B da Constituição Federal. Não é de hoje que o Conselho Nacional de Justiça, em parceria com o PNUD e a Secretaria Nacional de Políticas Penais, tem promovido uma reforma silenciosa e efetiva na realidade do sistema prisional do país, e agora mais ainda com a delegação recebida do Supremo Tribunal Federal de estruturar o acórdão decorrente do julgamento da ADPF 347, que julgou o sistema prisional brasileiro como estando em um estado de coisas inconstitucional, após reconhecer a sua falência. Ao construir a Resolução 487, nada mais fez do que reconhecer, por outras vias, que o sistema de medidas de segurança se encontrava desconectado da realidade e do ordenamento jurídico brasileiro, em especial da ordem constitucional.

Assim, Paulo Jacobina (2008, op. cit.) e Haroldo Caetano (2019, op. cit.) sustentam que a teoria da periculosidade não foi recepcionada pela Constituição Federal, perdendo o legislador pátrio reformador do Código Penal de 1984 a oportunidade de também excluir os loucos do rol daqueles sobre os quais recaía o mito da periculosidade presumida, assim como já haviam sido retirados da legislação penal reformista de 1984 os considerados criminosos habituais, reincidentes, ébrios e vadios, não se cuidando ali de excluir os inimputáveis, mesmo com o fim do sistema vicariante, em que havia aplicação consequente de pena e de medida de segurança.

Mal se publicou a Resolução 487, em fevereiro de 2023, logo vozes conservadoras e defensoras de sistemas hospitalocêntricos saíram em ataque à mesma, capitaneadas pela Associação Brasileira de Psiquiatria [1], que histórica e ideologicamente criou dificuldades em face da Reforma Psiquiátrica brasileira, como se vê dos registros feitos por Paulo Amarante em *Loucos pela Vida* (Amarante, 2010a, p. 54). Não seria agora que se colocaria a favor de uma Resolução que expôs, de forma lúcida e corajosa, a solução para a triste realidade de manicômios judiciais existentes em nosso país, mesmo que a Reforma date de mais de vinte anos e seus expressivos resultados sejam sentidos no dia a dia das pessoas que têm algum tipo de sofrimento mental.

O sistema de medidas de segurança no país mudou radicalmente para afastar a obrigatoriedade tarifada da internação, sem que antes a assistência do paciente indique o recolhimento em leito psiquiátrico, porém não mais em celas de cadeias ou em manicômios judiciários. Página virada. Nova história sendo recontada e vivida. Salto civilizatório equiparável ao fim das penas de castigos físicos e à instituição de penas corporais limitadas pelo tempo, da virada das monarquias absolutas para o Estado liberal.

Pois bem, três ações diretas de inconstitucionalidade foram assacadas contra a Resolução 487 e uma ADPF. São elas: a ADI 7389/DF, proposta pelo partido PODEMOS, em maio de 2023; a ADPF 1076, proposta pelo partido União Brasil, em junho de 2023; a ADI 7454, proposta pela Associação Brasileira de Psiquiatria, em setembro de 2023; e, por fim, a ADI 7566, proposta pela CONAMP, em dezembro de 2023.

Por versarem praticamente sobre idênticos objetos, nos dedicaremos a analisar mais a fundo a primeira delas, fazendo, ao final desta análise, uma rápida consideração sobre as demais, até porque a resposta do Conselho Nacional de Justiça para todas foi idêntica, já que, no fundo, todas elas buscavam o mesmo objetivo e o teor das iniciais pouco teve de inovação.

Em comum, todas trazem a alegação de vício formal de iniciativa e quebra do princípio da separação de poderes, sob o argumento de que o Conselho Nacional de Justiça não poderia tratar dessa matéria de fundo penal e processual penal, afeta ao Congresso Nacional.

3.3.1 A Ação Direta de Inconstitucionalidade proposta pelo partido PODEMOS – ADI 7839-DF

Na ação direta proposta pelo partido PODEMOS, foram impugnados todos os artigos da Resolução em face da Constituição Federal, e a primeira objeção diz respeito à ofensa ao artigo 22, I, da CF, que reserva ao Congresso Nacional competência privativa para legislar sobre direito penal e processual, e ao artigo 23, II, da CF, que atribui aos entes federativos competência comum para cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência. Ressalta-se ainda que, em matéria de Direito Penitenciário, a competência legislativa é concorrente da União, Estados e DF, conforme artigo 24, I, da CF.

Afirmou-se que a competência atribuída ao CNJ se restringe ao que é estipulado pelo artigo 103-B, § 4º, I, da CF, não havendo margem para legislar. Sustenta ainda que a Resolução 487 revoga, na prática: i) a medida de segurança em hospitais de custódia e tratamento, prevista no artigo 96 do Código Penal; ii) a exigência de perícia médica na

avaliação das medidas de segurança de internação e de tratamento ambulatorial, porque substituída por laudo de equipe multidisciplinar; iii) a exigência de perícia médica para a modificação da execução da pena ou da medida de segurança, malferindo os artigos 183 e 184 da LEP; iv) a competência privativa do médico psiquiatra para autorizar a internação psiquiátrica.

Meias verdades foram utilizadas pelo partido político peticionante. Uma coisa precisa ser dita e tomado um posicionamento definitivo: a questão do doente mental que tenha entrado em conflito com a lei passa a ser, a partir da Resolução 487, uma questão de saúde, como já deveria ter sido reconhecido há mais de vinte anos, quando da entrada em vigor da Lei nº 10.216/2001.

É verdadeiro que se pretende acabar com as internações em hospitais de custódia e tratamento, porque tal prática encontra-se em rota de colisão com a mencionada Lei Federal, que proscreveu do território nacional as instituições psiquiátricas de natureza asilar. Não sendo os Hospitais de Custódia mais do que uma instituição asilar e, pior, sob o pretexto de tratar, maltratam seus pacientes e os mantêm em condições subumanas, conforme se constatou no primeiro e último censo realizado em 2013, sob a coordenação do Instituto Federal Anís, em parceria com a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade de Brasília (UnB), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Ministério Público Federal, IBCCRIM e a Justiça Federal, coordenado por Débora Diniz (UnB, 2012).

Em certa medida, o artigo 96 do Código Penal está mesmo derogado pela legislação sanitária e pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Há na doutrina quem sustente a não recepção desse dispositivo pela Constituição de 1988, posição à qual aderimos sem dificuldade.

Com efeito, ao realçar ser a República Federativa do Brasil um Estado Democrático de Direito e ao firmar o princípio da culpabilidade como vetor do direito penal e direito fundamental assegurado a todos, que garante que ninguém será considerado culpado sem que tenha agido com dolo ou culpa, intimamente ligado ao princípio da presunção de inocência, não se pode admitir ainda a teoria da periculosidade como fundamento para aplicar medida restritiva de natureza sancionatória. Não “teria havido, na Constituição, o acolhimento do ultrapassado princípio da periculosidade” (Caetano, 2019, p. 85).

Na mesma linha, e de forma mais enfática, Paulo Jacobina sustenta que, se a Constituição tivesse querido contemplar esse princípio, teria estampado no artigo 5º, LVII, da CF, a seguinte redação: “ninguém será considerado culpado ou perigoso socialmente até o

trânsito em julgado de sentença penal condenatória ou de sentença penal absolutória que reconheça tal periculosidade, nos termos da lei” (Jacobina, 2008, p. 98).

Portanto, por dever de honestidade, urge admitir que os artigos 96 do CP e 183 e 184 da LEP estão ultrapassados ou derogados, de fato e de direito, pela legislação convencional, constitucional e infraconstitucional posterior — mas não pela Resolução 487, e sim pela lei de regência dos tratamentos em saúde mental e pela Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que se aplicam a todos indistintamente.

Se a medida de segurança é, como se preconizou desde o início de sua existência, não uma punição, não uma pena privativa de liberdade, mas um tratamento para recuperação da saúde mental da pessoa, nenhuma estranheza deveria causar o fim dos manicômios que ainda funcionam como instituições totais e asilares e, pior de tudo, dispensando um não tratamento às pessoas.

Por outro lado, é falso que se dispensará a perícia médica. Aqui, é importante que se diga que a perícia é indispensável nos autos do incidente de insanidade, dado que o perito oficial é quem dirá sobre a imputabilidade, semi ou inimputabilidade do autor do crime e, da mesma forma, será ouvido quanto à extinção da medida.

Portanto, em dois importantes momentos a perícia oficial, composta por médico psiquiatra, será chamada a se manifestar, conforme se vê da Minuta de Provimento a ser aprovada pela Corregedoria-Geral de Justiça do Tocantins e que é um dos produtos deste Mestrado Profissional.

Lembre-se de que uma perícia pode ser refutada pelo juízo, que poderá se valer de uma segunda opinião sempre. Evidentemente, cada perícia será secundada por relatórios interdisciplinares, fazendo com que a perícia final seja acompanhada de um Relatório Psicossocial, este de autoria da Equipe EAP-Desinste. Deixa-se de lado o aspecto biomédico exclusivamente, para se dar atenção às causas psicossociais envolvidas.

Entretanto, quem dirá sobre internação e desinternação passa a ser a assistência do território do agora paciente judiciário, a equipe do CAPS, subsidiada pela EAP, ambas com médicos psiquiatras, responsáveis pela construção do PTS de cada paciente individualizadamente.

Portanto, o lócus da indicação da internação ou não, no momento da conclusão da perícia médica que apontará a inimputabilidade da pessoa, não é mais da perícia, que pode sugerir, quando da primeira avaliação, internação em leito de hospital geral ou tratamento ambulatorial como forma de cuidado em saúde mental, mas não terá a palavra final sobre a conduta do tratamento.

Aliás, sequer a atual legislação penal e processual sobre medidas de segurança prevê esse detalhamento, até porque, ao mero reconhecimento da inimputabilidade, somente se permitia ao juiz a escolha do tratamento ambulatorial ou da internação de modo tarifado, a depender do tipo de prisão (reclusão ou detenção) indicado pelo preceito secundário do tipo penal, ambulatorial para a internação, dependerá exclusivamente da assistência prestada no CAPS de referência, ouvida sempre a EAP, a depender do grau de instabilidade do paciente judiciário.

E mais, é evidente que, se no curso da execução da pena sobrevier doença mental a ponto de tornar-se a pessoa inimputável, tal procedimento somente poderá ser levado a efeito após a devida perícia autorizada dentro de um incidente de insanidade mental. Portanto, como disse linhas acima, uma internação psiquiátrica somente será autorizada se requerida por um médico psiquiatra ou especialista, sendo falsa a alegação de que essa competência privativa estaria violada pela Resolução.

Por último, a inicial ainda aponta dois itens: de que a Resolução resultaria em violação a direitos fundamentais dos presos e das pessoas submetidas à medida de segurança e, em outro ponto, de que violaria o direito fundamental à segurança pública.

No primeiro aspecto, afirma que é dever do Estado preservar a integridade física e psíquica do preso, sem prejuízo da assistência psicológica e social a eles e a suas famílias, além do dever de levar em consideração características biopsicossociais do preso e, no caso dos inimputáveis, que merecem tutela especial do Estado em razão de sua hipossuficiência biopsicossocial.

A depender do ponto de vista, não estariam incorretos os argumentos trazidos à baila. No entanto, a Reforma Psiquiátrica também prevê uma especial forma de acompanhamento das pessoas com deficiência mental, sendo dever do Estado tratá-las e cuidar de todos em meio aberto, nos dispositivos da RAPS. Mais do que verdadeiro é o mote da Reforma de que a liberdade é terapêutica.

Portanto, trata-se de uma questão de ponto de vista. Ou se reconhece que os manicômios judiciários ou celas comuns são locais adequados para tratar de alguém com doenças ou transtornos mentais, ou não; que os “tratamentos” realizados até aqui são um sucesso; que não se morre nesses locais; que não há apagamento e aniquilamento de subjetividades; que não há violências e sevícias por parte de outros presos tidos como normais; que há evoluções importantes para a saúde dessas pessoas confinadas e submetidas a tratamento de presos comuns, com o uso de algemas, com a falta de medicação a tempo e a modo, com ausência de terapias adequadas. Admitir que isso não corresponde a uma tortura,

definitivamente, é uma burla de etiquetas. Se assim fosse, estariam cobertos de razão os defensores dos manicômios.

No segundo aspecto, alegam violação ao direito fundamental à segurança pública, à proteção da família e do adolescente, como se todos os inimputáveis, ao receberem a liberdade, saíssem a praticar crimes, quando a própria psiquiatria tradicional assegura que o esquizofrênico medicado não oferece risco algum a ninguém.

Aqui, urge salientar que, de fato, o acompanhamento desses pacientes deve ser sistemático e rotineiro, com as pertinentes comunicações ao juízo, a cada 30 dias, se vier a ser internado, ou em intervalos um pouco mais prolongados, a depender do PTS construído para o tratamento ambulatorial.

Verifica-se, pela Nota de Repúdio à Resolução, subscrita por diversos conselhos regionais de medicina, que um discurso de terror foi a tônica adotada, vaticinando que o sistema de saúde não estaria preparado para receber todas as pessoas e que, por isso, haveria abandono do tratamento, aumento da violência, crescimento de criminosos com doenças mentais em prisões comuns, recidiva criminal, dentre outros prejuízos sociais, como se fossem os guardiões da segurança pública da população brasileira.

Primeiro, é de se citar o sucesso do programa PAI-PJ, do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, que em mais de 24 anos de existência registra pequeno percentual de reincidência, e, da mesma forma, o PAI-LI, do Estado de Goiás, cujo grau de reincidência não passa de 5%, sendo que a maioria dos casos em ambos os estados decorre do uso abusivo de drogas, havendo minimamente envolvimento em crimes com violência (Caetano, p. 195).

Patrícia Magno, em sua tese de doutorado, afirma que o acompanhamento de todos os casos de pessoas desinternadas do manicômio judiciário do Rio de Janeiro lhe permitiu verificar que houve 10% de reiteração criminosa, ao lado de 90% de casos arquivados. Conclui que “só por isso seria possível confrontar o mito da periculosidade inerente, vinculado a diagnósticos psiquiátricos, o que realça a absoluta falta de cientificidade da noção de periculosidade” (Magno, 2020, p. 405).

A alegação de que os próprios pacientes estariam em risco é outra inverdade, sendo certo que, para aqueles que não tenham referencial familiar algum, o destino será as Residências Terapêuticas, locais de acolhimento e tratamento. No Estado do Tocantins existem dois desses equipamentos.

Há outros 14 (quatorze) que foram desinstitucionalizados e entregues às famílias que os acolheram de volta e, da mesma forma, não há registro de nenhuma intercorrência que os coloque em risco ou que coloque em risco terceiros, confirmando que o discurso ad terrorem

contido na Nota do Cremesp e de outras entidades médicas não se sustenta. Há a exceção de um caso cuja liberdade foi concedida antes mesmo da constituição da EAP e que, por envolvimento severo com o uso de substâncias ilícitas, desamparo familiar e inexistência de vaga em Residência Terapêutica até então, terminou por abandonar o tratamento, estando hoje possivelmente na condição de morar nas ruas, não se sabendo nem mesmo em qual cidade, podendo ter retornado ao seu estado de origem, Roraima.

E, por fim, alegam que os hospitais gerais não estariam preparados para prestar a devida assistência aos presos a serem desinstitucionalizados. Isso também é uma inverdade. Admitir tal afirmação seria o mesmo que dizer que os atuais usuários de leitos de hospitais gerais não recebem o devido tratamento.

Ademais, os leitos psiquiátricos atendem muito bem à demanda. É verdade que a existência de mais leitos pode ser uma necessidade e uma demanda legítima, mas afirmar que não há qualidade nos serviços prestados não é compreensível, pois denuncia os próprios conselhos de medicina, associações que têm o dever de zelar pela boa prestação de serviços públicos e por adequados meios de trabalho dos profissionais médicos envolvidos.

A se espelhar na estatística local, dos 22 (vinte e dois) submetidos à medida de segurança de internação-prisão quando da edição da Resolução, e depois de realizados estudos de caso, a CEIMPA, com auxílio da EAP, chegou à conclusão de que nenhum deles precisava de internação em leito de hospital geral, de modo que, em nível nacional, a mesma proporção deverá ser observada, sendo raros os casos de internação imediata.

É evidente que o sistema da RAPS deve ser sempre aprimorado. Há o problema do subfinanciamento, e a política antimanicomial do Poder Judiciário também está jogando luzes sobre essa realidade.

Como consequência disso, inclusive, verificou-se que, no ano de 2023, o orçamento da saúde mental foi incrementado em mais de 414 milhões de reais destinados aos estados, com foco no incremento de CAPS e Residências Terapêuticas, que naquele ano contavam com 2.855 e 870 unidades, respectivamente (Brasil, 2023), representando um aumento de 27%. Equipes de EAP foram criadas, de modo que hoje já são mais de 21 dessas equipes, havendo estados que já possuem mais de um desses equipamentos. Novas Residências Terapêuticas estão sendo credenciadas, a exemplo do Estado do Ceará, que fechou seu único hospital de custódia e tratamento no final do ano passado, sendo este o maior gargalo que se deverá encontrar pela frente.

Em linhas gerais, o Conselho Nacional de Justiça prestou informações ao Supremo Tribunal Federal, em resposta à citada ADI, e disse que a Resolução 487 não inovou a ordem

jurídica, apenas traçou procedimentos e diretrizes a serem seguidos pelo Poder Judiciário, em cumprimento à Lei nº 10.216/2001 e à Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, incluindo a Convenção de Combate à Tortura e a Lei de Inclusão da Pessoa com Deficiência, em cujo bojo há o compromisso de combater práticas que produzam sofrimento e violação de direitos humanos em instituições de tratamento de saúde mental, tratando-se de normativa voltada exclusivamente ao Poder Judiciário.

Ficou registrado na resposta do CNJ que a edição da Resolução 487 se deu em respeito ao cumprimento da sentença da Corte Interamericana de Direitos Humanos, proferida no caso *Ximenes Lopes x Brasil*, marcando o diálogo e o compromisso do CNJ de incorporar parâmetros internacionais em benefício da promoção dos direitos humanos e, em especial, do direito à saúde.

Em essência, informa-se que a Resolução constitui ato normativo interno voltado a readequar procedimentos do Poder Judiciário para promover o direito fundamental à saúde das pessoas com transtornos mentais durante o ciclo penal.

Sustenta-se que a Lei nº 10.216 já era invocada em diversos atos normativos oriundos tanto do CNJ quanto do CNPCP, havendo consenso normativo e opinativo quanto à sua aplicação obrigatória, conforme a Resolução nº 113/2010 e a Recomendação nº 35/2011 do CNJ, bem como as Resoluções nº 05/2004 e nº 04/2010 do CNPCP. Este último normativo estabeleceu o compromisso de que “o Poder Executivo, em parceria com o Poder Judiciário, implantará e concluirá, no prazo de 10 anos, a substituição do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança pelo modelo antimanicomial, valendo-se do programa específico de atenção ao paciente judiciário”.

Portanto, não se pode falar em surpresa das entidades médicas em relação ao conteúdo da Resolução 487. É mencionado também o parecer da Procuradoria Federal de Direitos Humanos, de 2011, que, após amplo debate e visitas aos manicômios brasileiros, apontou para a necessidade premente do fechamento dos hospitais de custódia.

Defende-se ainda que a Resolução 487 orienta a construção de fluxos desde a audiência de custódia até a extinção da medida de segurança, a fim de que pessoas com transtorno mental recebam o tratamento de saúde necessário para o cuidado de sua condição desde o primeiro contato com o sistema de justiça. Ao contrário do que foi afirmado, de que a Resolução acarretaria a soltura de pessoas sem condições de serem devolvidas ao convívio social, obtempera-se que o objetivo é evitar qualquer forma de desassistência. Todas as pessoas deverão ser postas em liberdade, mas com o respectivo PTS, altas planejadas e reabilitação psicossocial assistida.

Refuta-se também a alegação de ausência de debate com a classe médica, esclarecendo-se que tanto a Organização Mundial da Saúde quanto a OPAS participaram das discussões perante o GTI Ximenes Lopes. Além disso, a Resolução não determinou condutas a nenhum profissional médico, permanecendo intocados protocolos de atuação e atribuições. Orientou-se, sim, que os GMFs atuassem na mobilização da RAPS, no fomento à atuação das EAPs e no apoio à construção de fluxos de atenção às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, com base na política antimanicomial, além da obrigatoriedade de criação de comitês estaduais interinstitucionais de monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário.

Com efeito, o Conselho Nacional de Justiça, em conjunto com o CNPCP, órgão do Ministério da Justiça, portanto vinculado ao Poder Executivo Federal, amadureceu por longo período a busca de uma solução. Desde 2010, orientava pela aplicação prevalente de meios de tratamento em meio aberto para aqueles absolvidos impropriamente e declarados inimputáveis, por meio da Recomendação nº ... e da Resolução nº 213. O CNPCP, por sua vez, por meio das Portarias nº 05/2004 e nº 04/2010, estabeleceu, nesta última, o prazo de 10 anos para erradicação dos manicômios judiciais — locais de maus-tratos, indignidades, desrespeito, invisibilidade, perda de subjetividades, apagamento de vidas, perpetuidade de prisões decorrentes de medidas de segurança, falta de esperança e de desilusão, jamais de tratamento.

O Brasil, portanto, já possuía a Lei nº 10.216, que representou mudança de paradigma no tratamento e atenção aos portadores de sofrimento mental, substituindo a concepção hospitalocêntrica pelo cuidado em liberdade, no território e junto à família do paciente. Em 2009, incorporou à legislação interna, com status constitucional, a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, que tem entre seus princípios o respeito à autonomia e à dignidade da pessoa, bem como o direito ao tratamento igualitário. Não se pode, portanto, reconhecer no tratamento dispensado aos loucos infratores — mantidos em celas ou manicômios — a prática da isonomia em comparação aos demais portadores de sofrimento mental, tampouco traços de dignidade ou autonomia.

Os princípios da Lei nº 10.216/2001 e da referida Convenção, a ausência de tratamento, a manutenção de instituições com características asilares, proscritas pela legislação federal, estavam e ainda estão em rota de colisão com a prática brasileira de manutenção dos hospitais de custódia e tratamento, assim como de alas psiquiátricas em presídios ou mesmo celas destinadas a esse público.

O Conselho Nacional de Justiça, então, sem legislar, mas valendo-se de seu poder normativo secundário, aprovou a Resolução 487, que nada mais é do que um ato regulamentar destinado a complementar e detalhar a lei e a convenção mencionadas, visando à sua efetiva aplicação no âmbito do Poder Judiciário. Esse poder é exercido dentro das competências constitucionais do CNJ, especialmente no que se refere ao controle administrativo e financeiro do Judiciário e ao cumprimento dos deveres funcionais dos magistrados.

Diferentemente do poder normativo primário, que permite a criação de normas com fundamento direto na Constituição, o poder normativo secundário do CNJ apoia-se em normas constitucionais, convencionais ou infraconstitucionais previamente estabelecidas. Nesse sentido, o CNJ não pode inovar no ordenamento jurídico criando novos direitos ou obrigações, mas sim detalhar procedimentos e diretrizes para assegurar a correta implementação das leis existentes.

Portanto, o poder normativo secundário do CNJ é essencial para garantir a padronização e a eficiência na aplicação das leis no âmbito do Poder Judiciário, sempre respeitando os limites estabelecidos pela legislação vigente e pela Constituição Federal.

3.3.2 A ADI 7454 proposta pela ABP

Em resumidas linhas Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) propôs a ADI 7454 contra a Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), e alegou:

a) que a Resolução extrapola os limites regulamentares ao invadir matéria de direito penal e processual penal, cuja competência legislativa é exclusiva do Congresso Nacional, conforme dispõe o art. 22, I, da Constituição Federal;

b) que a Resolução implicaria, de forma implícita, na revogação de dispositivos legais vigentes, o que configuraria uma usurpação de função legislativa e afronta ao princípio da legalidade e;

c) que a desinstitucionalização prevista na Resolução pode acarretar perigos à coletividade e às próprias pessoas em sofrimento psíquico, sustentando haver insuficiência de CAPS para absorver a demanda; falta de estrutura adequada nos hospitais gerais; inadequação da alocação em unidades prisionais, sobretudo pela mistura com indivíduos que adoeceram no cárcere, criando conflitos e barreiras terapêuticas.

Foi pedida a suspensão imediata da eficácia da Resolução CNJ nº 487/2023 até o julgamento final da ação, pedido não atendido pelo Ministro Relator, Edson Fachin. Os motivos para refutar tais argumentos são os mesmos que utilizei acima, não merecendo

maiores digressões, devendo apenas ser registrado que há, por trás da pretensão da ABP, uma espécie de reserva de mercado e o apego a políticas centradas na ideia de manicomialização do cuidado, estruturadas no eixo do hospitalocentrismo.

Cumpra registrar que todas as ADIs e ADPF já estão pautadas no plenário virtual, com dois votos pelo reconhecimento da improcedência das mesmas, proferidos pelos ministros Edson Fachin e Luiz Roberto Barroso. O julgamento foi retirado do plenário virtual em razão de pedido de vista formulado pelo ministro Flávio Dino.

3.3.3 A ADI 7.566 proposta pela CONAMP

A Associação Nacional dos Membros do Ministério Público (CONAMP) ajuizou a ADI 7566, também visando à declaração de inconstitucionalidade da Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, do Conselho Nacional de Justiça. Requereu, liminarmente, a suspensão da eficácia da Resolução e a declaração de sua inconstitucionalidade porque, segundo alega, a norma:

a) teria invadido competência legislativa privativa do Congresso Nacional, ao modificar, por ato infralegal, dispositivos do Código Penal e da Lei nº 10.216/2001, o que somente poderia ter sido feito por lei;

b) revoga, na prática, o artigo 96, I, do Código Penal, que prevê a internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) como medida de segurança. A Resolução, por sua vez, veda a internação nesses estabelecimentos e impõe seu fechamento, o que configuraria, segundo a CONAMP, uma alteração material do texto legal. Além disso, aponta divergências com o artigo 97 do Código Penal, que trata da substituição de medidas, dos critérios para desinternação e da reavaliação da periculosidade, supostamente contrariados pelos artigos 12, 13 e 16 da Resolução;

c) teria violado a separação de poderes e extrapolado seu papel constitucional de órgão de controle administrativo do Judiciário (art. 103-B, § 4º, CF), ao editar norma que interfere em políticas públicas de saúde, de responsabilidade dos Poderes Executivo e Legislativo;

d) alega, ainda, ausência de consulta prévia a entidades médicas e psiquiátricas para a edição da norma, o que comprometeria sua legitimidade técnica. São mencionadas notas públicas contrárias à Resolução, emitidas por entidades como o CREMESP, CFM, ABP, AMB, Fenam e FMB, que alertaram sobre a insuficiência da rede substitutiva, a precariedade dos serviços de saúde mental e os riscos sociais de uma desinstitucionalização acelerada.

Houve outras alegações tangenciais de menor relevância. Como se observa, todas elas se repetem em certa medida, razão pela qual remetemos o leitor aos argumentos já apresentados no item 3.2.1.

3.4 A ADPF 1076 proposta pelo partido político União Brasil

O União Brasil, no exercício de sua legitimidade constitucional para propor controle concentrado de constitucionalidade, apresentou Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF), com o objetivo de suspender e, posteriormente, declarar inconstitucional a Resolução CNJ nº 487/2023. Fundamenta sua pretensão nos seguintes pontos:

a) Violação à separação dos Poderes (art. 2º da CF/88): o partido sustenta que o Conselho Nacional de Justiça excedeu sua competência constitucional ao editar norma que versa sobre matérias cuja disciplina está reservada ao Poder Legislativo, especialmente no que se refere às medidas de segurança e à organização dos serviços públicos de saúde mental;

b) Ofensa aos princípios da dignidade da pessoa humana, da proporcionalidade e da razoabilidade: afirma que, embora a Resolução invoque a proteção da dignidade das pessoas com transtorno mental, suas disposições seriam incompatíveis com a realidade estrutural do SUS, sobretudo quanto à capacidade de acolhimento da RAPS. Alega que a extinção progressiva dos HCTPs, a reavaliação de todas as medidas de segurança em curso e o redirecionamento compulsório de pessoas com transtornos mentais ao SUS foram estabelecidos sem estudos técnicos, sem previsão orçamentária e sem adequada participação do Legislativo ou das autoridades sanitárias, configurando, por isso, medida desproporcional e irrazoável, que colocaria em risco tanto os pacientes quanto a sociedade;

c) Invasão de competência legislativa: argumenta que a Resolução altera substancialmente o regime das medidas de segurança previsto no Código Penal, matéria cuja regulamentação é de competência exclusiva do Congresso Nacional. Sustenta que o CNJ não pode criar obrigações, condutas ou políticas públicas com força normativa em substituição à legislação ordinária, sobretudo em matéria penal, processual penal e de saúde pública.

Considerados os mesmos argumentos utilizados na análise da ADI 7389, expostos no item 3.2.1, remete-se o leitor à sua leitura, visto que permanecem válidos para rebater os fundamentos desta ADPF.

4. PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO POLÍTICA ANTIMANICOMIAL DO PODER JUDICIÁRIO NO ESTADO DO TOCANTINS: DESAFIOS E AVANÇOS

Por imposição da Resolução nº 487/2023, como integrante do GMF-TO, provoqueei o referido grupo para que tomássemos providências no sentido de concretizar o fechamento das portas de entrada de pessoas que infringiram a lei penal, mas que foram absolvidas impropriamente em razão de doença mental diagnosticada em perícia médica.

Havia da minha parte a consciência de que estávamos vivendo um momento de redenção e de ruptura com o tradicional sistema de normalização, marcado por um processo de invisibilidade e de morte em vida de uma população historicamente desprezada e colocada em um sistema perverso de aprisionamento perpétuo, em clara contradição com a ordem constitucional vigente e com os mais elementares conceitos de direitos humanos, em especial a noção de dignidade humana em seu núcleo essencial.

Os desafios que se apresentariam seriam complexos. As resistências surgiram, inclusive dentro da própria instituição. Ainda que nem sempre se expressassem em oposição explícita, setores ligados à medicina traziam questionamentos e discursos relacionados à teoria da periculosidade das pessoas e aos riscos que sua liberdade poderia causar, ora sustentados por perspectivas claramente conservadoras e contrárias à própria política antimanicomial.

De todo modo, o projeto foi acolhido pela Presidência do Tribunal de Justiça, que concedeu carta branca para que prosseguíssemos com as atividades voltadas à abolição do sistema de privação de liberdade para os chamados “loucos infratores” do Estado. A Presidência instituiu, então, o Grupo de Trabalho Interinstitucional em Saúde Mental no âmbito do Poder Judiciário do Estado do Tocantins – GTI/TJTO, por meio da Portaria PRESIDÊNCIA/ASPRE/TJTO nº 1.583, de 27 de junho de 2023, atualizada pelas Portarias nº 2171/2023 e nº 2230/2023.

Tal medida possibilitou a consolidação de ações e a construção de conjuntura para o processo de desinstitucionalização dos sujeitos em sofrimento mental submetidos a medida de segurança em unidades penais do Estado, além da criação de serviços, elaboração de fluxos e organização de práticas que permitiram o acompanhamento das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

No Tocantins, destaca-se como particularidade a inexistência de HCTP, de modo que as pessoas que cumprem medida de segurança de internação permanecem em unidades penais convencionais. Essa realidade reforça a necessidade de efetivação da Política Antimanicomial

no Estado, exigindo atuação voltada à desinstitucionalização dos casos em curso e ao fechamento da porta de entrada para novos casos.

Entre setembro de 2023 e agosto de 2024, o GTI/TJTO realizou pelo menos uma reunião mensal, além de reuniões de incidência junto a magistrados e secretarias municipais, bem como viagens técnicas a outros estados para compreender experiências locais. Em janeiro de 2024, o coordenador do Grupo esteve no Maranhão e, em julho, em Fortaleza (CE), onde pôde conhecer o funcionamento das EAPs e observar os manicômios judiciais ainda existentes, cada qual com cerca de 40 internos.

Em 9 de agosto de 2024, no âmbito do Poder Judiciário, foi instituído, por meio do GMF, o Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial – CEIMPA/TJTO, pela Portaria PRESIDÊNCIA/ASPRE nº 2262/2024, com a finalidade de dar continuidade às ações e, principalmente, ao processo de desinstitucionalização das pessoas em situação de internação em unidades penais no Tocantins. As reuniões mensais foram mantidas, conforme será relatado adiante.

Com efeito, após dois anos dedicados simultaneamente à pesquisa e à implantação das ações, com contribuições de atores de diversas áreas interdisciplinares – psicologia, serviço social, psiquiatria, gestores municipais e estaduais, professores, acadêmicos, entidades de direitos humanos, representantes do CNJ, conselhos profissionais, Ministério Público, Defensoria Pública, INSS e sua procuradoria, policiais penais, assessores jurídicos, foi possível construir um desenho do que até aqui foi realizado e entregue, e do que ainda resta para consolidar plenamente a desinstitucionalização no Estado do Tocantins.

Os desafios foram muitos: longas horas de reuniões, estudos de caso, encontros, articulações e viagens, tudo com o propósito de entregar um resultado consistente – desinstitucionalizar todos os pacientes judiciais e deixar consolidado um caminho sólido de conquistas de direitos e de manutenção do tratamento em meio aberto, conforme preconizado pela legislação sanitária brasileira sobre saúde mental.

O direito à saúde, na Constituição Federal, resulta de uma série de lutas de movimentos sociais que compreenderam a saúde como bem público destinado a todos, considerando desigualdades e necessidades distintas, bem como a obrigação do Estado em prover atendimento integral – promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação.

Nesse contexto, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, discutida desde a década de 1970 e consolidada com a promulgação da Lei nº 10.216/2001, instituiu um modelo de atendimento às pessoas com transtorno mental voltado à superação da lógica hospitalocêntrica, baseada na

internação em hospitais psiquiátricos, em favor da atenção em liberdade, articulada nos três níveis de atenção em saúde (primário, secundário e terciário), organizados em RAPS. Trata-se de um marco da luta antimanicomial.

Contudo, ao longo de mais de duas décadas, o fortalecimento de dispositivos alternativos ao modelo manicomial foi atravessado por dificuldades, tanto de ordem ideológica quanto pela insuficiência de financiamento, razão pela qual a estruturação da RAPS ainda não conseguiu superar, por completo, a lógica hospitalocêntrica.

No campo jurídico, tal percepção se mostra ainda mais evidente, visto que os HCTPs e até mesmo unidades penais perduraram, durante décadas, como a única forma de atendimento às pessoas em cumprimento de medida de segurança, com algumas exceções de tribunais que desenvolveram programas específicos para acompanhamento dos casos, como em Minas Gerais, com o Programa de Atendimento Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), e em Goiás, com o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI).

Somente a partir de 2014, com a publicação da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, foi possível instituir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Por meio da Portaria GM/MS nº 94/2014 (Brasil, 2014), foi criado o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, no âmbito do SUS, operacionalizado por equipes conectoras destinadas a apoiar ações e serviços voltados a essa população na RAS. Essas equipes passaram a ser denominadas Equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), posteriormente reorientadas pela Portaria GM/MS nº 4.876, de 18 de julho de 2024, passando a ser identificadas como EAP-Desinst.

A partir de diversas discussões e amadurecimentos institucionais, resultou a edição da Resolução CNJ nº 487/2023, que instituiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Tal Resolução estabelece o acompanhamento e a garantia do tratamento em saúde para pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial que estejam em qualquer etapa do ciclo penal, assegurando, entre outras medidas, a adoção de tratamentos nos equipamentos da RAPS e nos serviços de Proteção Social.

Prevê ainda que a internação ocorra exclusivamente por razões de saúde, vedando-se a utilização de instituições de caráter asilar, como os HCTPs e estabelecimentos congêneres. A Resolução fixou o prazo de 12 (doze) meses, a partir de sua entrada em vigor, para a interdição e o fechamento integral dessas instituições, impondo aos Estados a responsabilidade pela desinstitucionalização das pessoas nelas internadas.

Nesse contexto nacional, o Tribunal de Justiça do Tocantins instituiu o Grupo de Trabalho Interinstitucional em Saúde Mental no âmbito do Poder Judiciário do Estado do Tocantins – GTI/TJTO, já mencionado anteriormente, o que tornou possível a consolidação de ações e a construção de uma conjuntura favorável ao processo de desinstitucionalização dos sujeitos em sofrimento mental submetidos a medidas de segurança em unidades penais do Estado. Além disso, possibilitou a criação de serviços, a elaboração de fluxos e a organização de práticas que permitiram o acompanhamento das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

No Tocantins, observa-se como principal particularidade a inexistência de unidade de HCTP, o que faz com que as pessoas submetidas a medida de segurança de internação sejam mantidas em unidades penais convencionais. Essa realidade evidencia ainda mais a necessidade de implementação da Política Antimanicomial no Estado, exigindo uma atuação voltada tanto para a desinstitucionalização dos casos em andamento quanto para o fechamento da porta de entrada, de forma a impedir o direcionamento de novos casos para tais estabelecimentos.

Por ocasião da constituição do GTI, havia 18 (dezoito) pessoas em cumprimento de medida de segurança de internação; posteriormente, quatro novos ingressaram no sistema e, na presente data (agosto de 2025), restam apenas 8 (oito) institucionalizados, aguardando vaga em residência terapêutica. Todos os casos foram discutidos e encontram-se em acompanhamento pela EAP-Desinst, instituída no Estado do Tocantins pela Portaria nº 579/2024/SES/GASEC, de 1º de julho de 2024.

Além das medidas de internação, o Estado do Tocantins contabiliza 136 (cento e trinta e seis) pessoas em cumprimento de medidas de segurança de tratamento ambulatorial, distribuídas em 29 comarcas. Na sequência, apresentam-se as principais ações realizadas no âmbito da Política Antimanicomial do Judiciário tocantinense, inicialmente sob coordenação do GTI e, posteriormente, do CEIMPA, que veio a substituí-lo.

4.1 Grupo de Trabalho Interinstitucional em Saúde Mental no âmbito do Poder Judiciário do Estado do Tocantins - GTI/TJTO

O Grupo de Trabalho Interinstitucional em Saúde Mental no âmbito do Poder Judiciário do Estado do Tocantins (GTI/TJTO) foi instituído pela Portaria nº 1583/2023 – PRESIDÊNCIA/ASPRE, de 27 de junho de 2023, atualizada posteriormente pelas Portarias nº

2171/2023 – PRESIDÊNCIA/ASPRE, de 12 de setembro de 2023, e nº 2230/2023 – PRESIDÊNCIA/ASPRE.

No período de setembro de 2023 a agosto de 2024, o GTI/TJTO realizou, no mínimo, uma reunião mensal, além de encontros de incidência junto a magistrados e secretarias municipais. Também foram promovidas visitas a outros estados, com o objetivo de conhecer experiências consolidadas e aprimorar a implementação da política no território tocantinense.

Atualmente, há oito pessoas em cumprimento de medida de segurança em regime de internação nas unidades penais do Estado. Todos esses casos foram discutidos e encontram-se sob acompanhamento da Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei – EAP-Desinst, instituída no Tocantins pela Portaria nº 579/2024 – SES/GASEC, em 1º de julho de 2024.

Tabela 1 - Reuniões do GTI/TJTO

REUNIÕES	DATAS	Nº PARTICIPANTES	ATAS ELABORADAS
1ª reunião	20/06/2023	47	Ata Nº 600 de 20 de junho de 2023
2ª reunião	22/09/2023	38	Ata Nº 770 de 22 de setembro de 2023
3ª reunião	27/09/2023	32	Ata Nº 772 de, 27 de setembro de 2023
4ª reunião	17/11/2023	35	Ata Nº 914 de 14 de dezembro de 2023
5ª reunião	04/03/2024	27	Ata Nº 230 de 14 de março de 2024
6ª reunião	25/03/2024	32	Ata Nº 272 de 25 de março de 2024
7ª reunião	24/04/2024	28	Ata Nº 367 de 24 de abril de 2024
8ª reunião	29/05/2024	26	Ata Nº 514 de 03 de junho de 2024
9ª reunião	26/06/2024	28	Ata Nº 590 de 26 de junho de 2024
10ª reunião	02/08/2025	26	Ata Nº 689 de 07 de agosto de 2024

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

A primeira reunião do GTI/TJTO, registrada na Ata nº 600, teve como finalidade alinhar os trabalhos com o desembargador supervisor do GMF/TJTO e com as instituições participantes. Na ocasião, foram realizadas a explanação sobre a Resolução CNJ nº 487/2023,

a apresentação do levantamento da situação das pessoas em cumprimento de medida de segurança no Sistema de Justiça do Estado do Tocantins e a exposição da minuta da portaria de criação do GTI/TJTO.

Figura 2 - Primeira reunião para constituição do GTI/TJTO



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2023)²

A segunda reunião do GTI/TJTO, registrada na Ata nº 770, teve como objetivo central a disponibilização do Plano de Trabalho para contribuições dos membros. Foi apresentada uma análise mais detalhada do panorama das medidas de segurança no Estado do Tocantins e informadas as primeiras iniciativas voltadas à implementação da EAP em nível estadual, cuja efetivação ocorreria apenas um ano depois.

Como deliberações, decidiu-se que o Plano de Trabalho deveria incluir as responsabilidades de cada entidade, ficando a ESMAT encarregada de contribuir com a capacitação profissional. Além disso, a partir das comunicações estabelecidas pelo Coordenador do GTI com o Procurador e o Gerente do INSS, bem como com o Defensor Público da União, a fim de viabilizar benefícios assistenciais para pessoas com transtornos mentais em cumprimento de medida de segurança de internação, a representante da Secretaria

² Disponível em: <https://www.tjto.jus.br/comunicacao/noticias/poder-judiciario-reune-diversas-instituicoes-para-criar-grupo-de-trabalho-interinstitucional-da-saude-mental>. Acesso em: 20 jan. 2025.

da Cidadania e Justiça do Tocantins (SECIJU) ficou responsável por verificar o registro dessas pessoas no CadÚnico, possibilitando a solicitação dos referidos benefícios.

Ao mesmo tempo em que todos os casos foram submetidos ao escrutínio do CEIMPA, considerando a ideia de atenção integral aos direitos, buscou-se uma integração com a Previdência Social, por meio da Gerência local, que prontamente disponibilizou meios para a realização de um mutirão de perícias na cidade de Araguaína/TO.

Para tanto, foi deslocado médico perito de Goiânia/GO, com a finalidade específica de atender aos pacientes custodiados nas unidades penais de Palmas, Gurupi, Colinas do Tocantins, Formoso do Araguaia e Dianópolis, que foram levados até aquele município, juntando-se aos demais que já lá se encontravam.

Paralelamente, a Defensoria Pública Estadual protocolou pedidos de interdição civil de todos os pacientes, como forma mais eficaz de assegurar suas representações legais perante aquele órgão. Todos os pedidos vieram acompanhados de requerimentos de antecipação de tutela, com a nomeação da gerente de Assistências da Secretaria da Cidadania e Justiça (SECIJU) para os casos em que já havia a constatação de que os familiares não assumiriam a responsabilidade pela curatela de seus entes.

Nesse processo, observou-se uma distorção no sistema que demanda alteração pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS): enquanto os pacientes permanecem presos, o órgão se recusa a conceder os benefícios, embora tenha sido acertado que as perícias realizadas terão validade, de modo que, tão logo os pacientes sejam acolhidos em residências terapêuticas, o órgão retomará a análise para a concessão. Tal burocracia revela-se sem sentido, sobretudo porque a Resolução nº 487/2023 estabeleceu prazos para a desinstitucionalização e vem cobrando dos estados o seu cumprimento.

Dos pacientes já postos em liberdade, todos receberam o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o que reforçou o orçamento familiar, ampliou as oportunidades de autonomia dos pacientes judiciários e dinamizou a circulação de recursos nos territórios em que passaram a viver.

Apesar desses avanços, persistem aspectos relevantes da assistência social que precisam ser mais bem discutidos no âmbito da rede de atenção, como a geração de emprego e renda, com espaço para o incentivo a cooperativas sociais, além da questão habitacional, cujo déficit no Estado do Tocantins alcança percentual significativo.

Também é urgente o acesso efetivo aos serviços da rede SUAS, como CREAS e CRAS, que ainda ocorre de forma pontual, sob demanda, e frequentemente permeado por preconceito nas abordagens. Essa realidade exige uma atuação mais técnica e formação

profissional, um dos objetivos da política antimanicomial e que deverá ser objeto de cuidado do CEIMPA na continuidade das ações.

Em todos os casos, tem-se assegurado a articulação com os serviços da RAPS e analisada a possibilidade de acesso ao BPC junto ao INSS. Contudo, ainda se nota a necessidade de fortalecer a interlocução entre a política de saúde mental e a política de assistência social, dado que persistem dificuldades de acesso aos CRAS, CREAS e às políticas de habitação, o que compromete a efetividade do processo de desinstitucionalização.

Solicitou-se, ainda, a elaboração de relatórios psicossociais individuais de cada paciente, já com vistas à possível desinternação médica, assegurando subsídios técnicos para a decisão judicial e para a construção de seus respectivos PTS. Antecipando-se a eventuais necessidades de reconstrução de vínculos, foi provocado o NUPEMEC, com a finalidade de viabilizar práticas restaurativas entre determinados pacientes e seus familiares, fortalecendo ou reinventando laços afetivos rompidos ao longo do tempo.

No âmbito do Termo de Cooperação, propôs-se a inclusão de cláusula específica para assegurar o cumprimento imediato do tratamento médico via RAPS, tendo como responsável direto pela execução a Secretaria Estadual de Saúde. Ademais, o magistrado procedeu à notificação dos municípios que receberiam pessoas em processo de desinstitucionalização, alertando-os quanto à necessidade de um atendimento humanizado, célere e desburocratizado, compatível com a urgência e a delicadeza das situações em questão.

Foi também sugerida parceria com a Universidade Federal do Tocantins (UFT) para a realização de ações de capacitação voltadas à RAPS dos municípios. A proposta foi acolhida pelas representantes da Universidade, em especial pela Coordenadora do Curso de Psicologia do Campus de Miracema, professora Juliana Biazze, que assumiu o compromisso de apoiar a formação técnica e interdisciplinar necessária ao fortalecimento da política antimanicomial no Estado.

Figura 3 - Segunda reunião do GTI/TJTO



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2023).

A terceira reunião do Grupo de Trabalho Interinstitucional em Saúde Mental no âmbito do Poder Judiciário do Estado do Tocantins (GTI/TJTO), registrada na Ata nº 772, teve como objetivo central a apresentação do Plano Estadual de Implementação da Política Antimanicomial, elaborado a partir das contribuições dos membros do GTI deliberadas na reunião anterior.

Na ocasião, registraram-se as ausências de representantes da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério Público, circunstância que, enquanto coordenador do Grupo, ressaltar como prejudicial à efetivação da política, dada a relevância da atuação conjunta e articulada dessas instituições no processo de desinstitucionalização. Entre as deliberações, destacaram-se:

- o início das tratativas para a composição do Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial (CEIMPA);
- a solicitação à Secretaria Municipal de Saúde de Palmas para realização de um estudo sobre a viabilidade de implantação de um Serviço de Residência Terapêutica (SRT), ainda que mediante consórcio regionalizado.

Foi informado, ainda, pela representante da Universidade Federal do Tocantins (UFT), o desenvolvimento de uma pesquisa para mapeamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da Rede de Proteção Social no Estado, realizada por meio de formulários digitais encaminhados aos 139 municípios tocaninenses. Contudo, diante do baixo índice de retorno

dos questionários enviados às Secretarias Municipais de Saúde e de Assistência Social, deliberou-se pela adoção de novas estratégias de mobilização, com o apoio do Poder Judiciário do Tocantins.

Por meio do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e de Execução de Medidas Socioeducativas (GMF/TJTO), o Judiciário comprometeu-se a encaminhar os formulários a todos os municípios do Estado, reforçando a importância da coleta de dados para a compreensão do funcionamento da RAPS em âmbito estadual.

Figura 4 - Terceira reunião do GTI/TJTO



Fonte: Registro fotográfico inserto na Ata nº 772.

A quarta reunião do Grupo de Trabalho Interinstitucional em Saúde Mental no âmbito do Poder Judiciário do Estado do Tocantins (GTI/TJTO), registrada na Ata nº 914, marcou o início da análise de casos individuais dos 18 pacientes judiciários que ainda se encontravam internados em unidades penais do Estado.

O encontro teve como objetivo principal o planejamento dos encaminhamentos necessários ao processo de desinstitucionalização, a partir de sugestões voltadas a subsidiar o trabalho da futura Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas (EAP) e a orientar a construção dos Planos Terapêuticos Singulares (PTS) pelas equipes de referência nos respectivos territórios.

Considerando que, naquele momento (novembro de 2023), a EAP estadual ainda não havia sido formalmente constituída, os trabalhos contaram com o apoio interdisciplinar do

Grupo de Gestão e Estratégia em Medidas de Segurança (GGEM), que assumiu a função de auxiliar no início da construção dos PTS dos 18 pacientes ainda institucionalizados àquela altura.

Figura 5 - Quarta reunião do GTI/TJTO



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2023).

A quinta reunião do GTI/TJTO (Ata nº 230) deu sequência às discussões sobre os casos individuais dos pacientes judiciais ainda institucionalizados, com especial atenção às articulações necessárias para o processo de desinstitucionalização. Entre as deliberações, este Coordenador manteve contato direto com o Gerente do INSS no Estado, a fim de dar continuidade às tratativas relativas à concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) aos cumpridores de medidas de segurança.

Na ocasião, ficou acordado que uma equipe de perícia médica deslocar-se-ia de Goiânia para atender os 18 pacientes ainda presos na cidade de Araguaína, onde se concentrava o maior número de casos, ficando sob a responsabilidade da Gerência de Assistência da SECIJU a logística de deslocamento dos demais pacientes oriundos de outras unidades penais até aquele município.

Ainda nesta reunião, destacou-se a necessidade de capacitação das equipes municipais que passariam a receber casos de medidas de segurança, especialmente nos nove municípios do Tocantins diretamente envolvidos nesse processo. Reforçou-se, também, junto à Secretaria de Estado da Saúde (SES), a urgência da constituição da Equipe de Atenção Psicossocial (EAP).

Na sequência, dias após a reunião do GTI, realizou-se uma primeira reunião específica com a então Secretária de Saúde de Palmas, com o objetivo de fomentar a criação de um Serviço de Residência Terapêutica (SRT) na capital, oportunidade em que se discutiu a viabilidade de apoio financeiro proveniente de recursos oriundos de penas pecuniárias para viabilizar tal implantação.

A sexta reunião (Ata nº 272), por sua vez, deu continuidade à análise dos casos individuais, mas teve como destaque a apresentação do fluxograma construído para orientar a execução da Política Antimanicomial no âmbito estadual, documento que passou a servir como referência operacional aos integrantes do grupo de trabalho.

Figura 6 - Quinta reunião do GTI/TJTO



Fonte: Registro fotográfico inserido na Ata nº 230.

As deliberações da sexta reunião (Ata nº 272) contemplaram medidas de articulação estratégica e operacional para o fortalecimento da Política Antimanicomial no Tocantins. Entre as principais decisões, destacou-se a proposta de criação de um grupo no aplicativo WhatsApp, integrado pelos Secretários Municipais de Saúde e Assistência Social dos municípios que receberiam pacientes em cumprimento de medidas de segurança. A proposta foi aprovada, e, com a autorização do Coordenador do GTI, o grupo foi efetivamente constituído, passando a reunir os nove secretários municipais de saúde diretamente envolvidos no processo de desinstitucionalização. Este espaço tornou-se um importante canal de troca de informações, esclarecimento de dúvidas e alinhamento de procedimentos, com resultados considerados altamente proveitosos.

Foi igualmente deliberada a formação de uma comissão específica destinada a tratar da criação da Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis

à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), junto ao Superintendente da Secretaria de Estado da Saúde (SES/TO), medida considerada essencial para a consolidação da política em nível estadual.

Discutiu-se ainda a relevância da realização de visitas técnicas aos programas de referência no país, tais como o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), em Goiás, e o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (Praiá), no Pará. Contudo, o maior intercâmbio estabelecido ocorreu com a Equipe da EAP do Maranhão, que, em duas ocasiões, participou de reuniões virtuais com os membros do GTI e da futura EAP tocaninense, na presença também do Coordenador da CEIMPA. Essas reuniões mostraram-se extremamente proveitosas, fornecendo diretrizes práticas para a organização dos trabalhos da EAP local. Desde então, manteve-se uma articulação contínua por meio do próprio grupo de WhatsApp, o que possibilitou esclarecimentos ágeis e apoio técnico constante.

Por fim, deliberou-se a possibilidade de permitir que a equipe da RAPS, por meio de um ponto focal, tivesse acesso aos relatórios elaborados pelo Grupo Gestor das Equipes Multidisciplinares (GGEM/TJTO), com o objetivo de facilitar a elaboração dos Planos Terapêuticos Singulares (PTS), otimizando a integração entre o Judiciário e os serviços de saúde mental do território.

Figura 7 - Sexta reunião do GTI/TJTO



Fonte: Registro fotográfico inserido na Ata nº 272.

A sétima reunião (Ata nº 367) teve como foco central a integração entre as unidades penais que abrigam pessoas cumprindo medidas de segurança e as equipes de saúde vinculadas à RAPS. Nesse contexto, foram apresentados e discutidos os fluxogramas de procedimentos, organizados nos seguintes eixos: Fluxograma da audiência de custódia; Fluxograma no curso da prisão preventiva, de outras medidas cautelares e da execução da pena; Fluxograma da medida de segurança; e Fluxograma do atendimento na RAPS.

Quanto às deliberações, foi proposta a notificação das unidades penais para que realizassem encontros semanais e procedessem ao encaminhamento imediato dos cumpridores de medidas de segurança aos serviços da RAPS, considerando a urgência da aproximação dos prazos para a desinstitucionalização e a necessidade de que esta ocorra sempre precedida da construção dos respectivos PTS.

Apontou-se também a necessidade de atuação da Secretaria de Estado da Saúde no sentido de orientar os municípios a criarem agendas específicas de atendimento em saúde mental para essa população. Discutiu-se, ademais, a possibilidade de fomentar, por meio do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), com pactuação em Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a criação de uma Residência Terapêutica (SRT), assegurando o repasse de responsabilidades e recursos entre os municípios.

Ainda no campo operacional, foi encaminhada à SECIJU/TO a solicitação de revisão do Procedimento Operacional Padrão (POP) para o transporte de pacientes judiciários e inimputáveis, de forma a utilizar veículos descaracterizados e condutas diferenciadas. A proposta baseou-se em estudo técnico e nas reiteradas reclamações das equipes dos CAPS, que relataram que a chegada de policiais penais fortemente armados às unidades de saúde causa agitação e intranquilidade nos pacientes psiquiátricos.

Por fim, deliberou-se pela compatibilização da proposta de curso da professora Juliana Biazze, da UFT/TO, com o curso já aprovado pela ESMAT voltado a magistrados e servidores do Tribunal de Justiça, de forma a integrar e ampliar os esforços de capacitação profissional no campo da saúde mental.

Figura 8 - Sétima reunião do GTI/TJTO



Fonte: Registro fotográfico inserido na Ata nº 367.

A oitava reunião (Ata nº 514) teve como pauta central a discussão acerca da falta de comunicação entre as instituições em casos de perícias que apontaram inimputabilidade, bem como o planejamento de ações voltadas à capacitação de profissionais e à implementação da Política Antimanicomial no sistema de Justiça do Tocantins.

Nos encaminhamentos, registrou-se a realização de reunião com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com o objetivo de apresentar a relevância da implantação de Serviços de Residência Terapêutica (SRTs), reunião esta que contou com a participação do Coordenador do GTI. Em continuidade à mesma linha de ação, foram oficiados os municípios de Palmas, Araguaína e Gurupi para que se manifestassem quanto à viabilidade de implantação do referido dispositivo.

Ficou ainda deliberado que seria entregue pessoalmente um ofício ao Secretário da Secretaria da Cidadania e Justiça (SECIJU/TO) solicitando a elaboração de um Procedimento Operacional Padrão (POP) com plano de segurança diferenciado para pacientes judiciários.

Por fim, foi discutida a definição da data e do local para a realização do curso sobre a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, reafirmando o compromisso do grupo em promover a formação continuada dos profissionais envolvidos na rede de atenção e acompanhamento.

Figura 9 - Oitava reunião do GTI/TJTO



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2025).

A nona reunião (Ata nº 590) foi iniciada com a exposição do Coordenador acerca da reunião realizada com o Secretário da Secretaria da Cidadania e Justiça (SECIJU/TO), cujo foco esteve voltado à construção de um Procedimento Operacional Padrão (POP).

A proposta central foi a de estabelecer diretrizes claras para o encaminhamento de pacientes das unidades penais aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de modo a assegurar a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) em ambiente adequado, evitando-se o uso ostensivo de algemas e armas de fogo, em atenção a um fluxo de trabalho mais eficiente, humanizado e alinhado ao processo de desinstitucionalização.

Na ocasião, a convite do GTI/TJTO, foi realizada apresentação pelas servidoras da EAP do Maranhão, que compartilharam a experiência daquele Estado quanto ao acompanhamento e desinstitucionalização de pessoas em cumprimento de medida de segurança, oferecendo subsídios importantes para a realidade tocantinense.

Entre as deliberações, destacaram-se:

a) a elaboração de um termo de convênio entre o Tribunal de Justiça e a Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (SEMUS) para custear, em caráter inicial, aluguéis e aquisição de mobiliário destinados à implantação de uma Residência Terapêutica na capital;

b) em função do evento da Política Antimanicomial realizado em agosto, foi solicitado à equipe de comunicação do Tribunal que realizasse uma entrevista em Formoso do Araguaia

com os dois primeiros pacientes judiciários liberados pela Justiça do Tocantins, a fim de registrar a evolução dos cuidados em liberdade;

c) a SECIJU foi incumbida de organizar visitas semanais de familiares aos custodiados com medidas de segurança, como parte integrante do processo de preparação para o retorno ao território;

d) foi deliberado o convite à equipe de Justiça Restaurativa para participar da próxima reunião do GTI/TJTO, com vistas a fortalecer práticas de reintegração social;

e) definiu-se, por fim, que durante as visitas da equipe da EAP, a Gerência de Assistência à Educação e Saúde ao Preso e Egresso será oficiada para acompanhar diretamente as ações realizadas nas unidades penais.

Figura 10 - Nona reunião do GTI/TJTO



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2024).

A décima reunião (Ata nº 689) foi iniciada com a comunicação deste magistrado acerca do andamento do termo de convênio entre o Tribunal de Justiça e a SEMUS para o financiamento inicial da implantação de um SRT na capital. Informou-se que já havia ocorrido reunião com servidores da SEMUS, visando alinhar as primeiras providências para viabilizar o referido equipamento.

Na sequência, foi repassado que a formação inicial sobre a Política Antimanicomial no Tocantins já contava com mais de 300 inscritos, sendo solicitado aos membros ampla divulgação do evento a fim de assegurar maior participação interinstitucional.

Ainda no âmbito da reunião, houve apresentação realizada por servidora da EAP-Desinst do Tocantins, na qual foram expostos os avanços na estruturação da equipe desde sua criação, em julho de 2024. Também se procedeu à análise dos casos previstos para inserção em Residências Terapêuticas e, na sequência, dos pacientes a serem desinstitucionalizados com retorno ao convívio familiar, mediante acompanhamento da rede de saúde e assistência social.

Entre as deliberações, registrou-se a decisão de encaminhar ofícios às Secretarias Municipais de Saúde e Assistência Social de todos os municípios do Estado, bem como à Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social do Tocantins (SETAS/TO), com o objetivo de convidar representantes a participarem do Curso de Formação realizado nos dias 28, 29 e 30 de agosto de 2024, voltado à consolidação da Política Antimanicomial no âmbito do sistema de justiça estadual.

Figura 11 - Décima reunião do GTI/TJTO



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2024).

4.2 O Termo de Cooperação Técnica Nº 35/2024 - TCO – no âmbito do estado do Tocantins

Previsto na Resolução CNJ nº 487/2023, o Termo de Cooperação Técnica deveria ter sido um dos primeiros instrumentos assinados para consolidar a implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Entretanto, por diversos fatores, houve atraso na sua formalização, ocorrendo a assinatura apenas em setembro de 2024, resultando no Termo de Cooperação Técnica nº 35/2024 (documento anexo).

O referido termo foi firmado entre o Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins (TJTO) e uma ampla gama de instituições estaduais e setoriais, constituindo-se em marco fundamental de compromisso institucional. Seu objetivo central é assegurar a implementação e o monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário do Estado do Tocantins, em conformidade com a Resolução CNJ nº 487/2023.

O documento consagra o propósito de alinhar as práticas judiciais e de tratamento destinadas a pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei aos princípios fundamentais da dignidade da pessoa humana, da liberdade, da saúde e do devido processo legal, consolidando uma perspectiva de cuidado em liberdade e de promoção dos direitos humanos no sistema de justiça estadual.

Figura 12 - Termo de Cooperação



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2024).

O pano de fundo para o Termo de Cooperação Técnica nº 35/2024 decorre diretamente da Resolução CNJ nº 487/2023 e da própria Reforma Psiquiátrica Brasileira, consolidada com a promulgação da Lei nº 10.216/2001, que reorientou o modelo assistencial em saúde mental no país, deslocando o eixo do cuidado do modelo hospitalocêntrico para o modelo territorial e comunitário.

Complementarmente, destaca-se o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), que reforça os princípios da inclusão social, da cidadania e da dignidade da pessoa com deficiência, assegurando igualdade de condições no exercício de direitos. Essas normativas nacionais encontram respaldo em instrumentos internacionais de direitos humanos, como a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (2006), incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro com status de emenda constitucional, e a Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (1984), ambas comprometidas em eliminar práticas coercitivas, desumanas ou degradantes.

Todos esses dispositivos normativos fundadores do Termo de Cooperação Técnica representam compromissos que agora serão postos à prova, sendo certo que o êxito da Política Antimanicomial do Poder Judiciário dependerá do empenho e da seriedade de todos os entes signatários em cumprir as responsabilidades assumidas.

A iniciativa do Estado do Tocantins insere-se, portanto, na trajetória histórica da reforma psiquiátrica brasileira, constituindo um pacto institucional que assume o encargo de promover a desinstitucionalização e a atenção psicossocial integral. Trata-se de um marco que consolida a mudança de paradigma em relação ao modelo manicomial tradicional, reafirmando o alinhamento do sistema de justiça estadual aos paradigmas de cuidado e tratamento com base comunitária e em respeito aos direitos humanos.

4.2.1 Objeto e Finalidades do Termo de Cooperação Técnica

O objeto central do Termo de Cooperação Técnica nº 35/2024 consiste em estabelecer as responsabilidades e condições técnico-operacionais necessárias à implementação e ao monitoramento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário do Estado do Tocantins. Suas finalidades traduzem-se diretamente em avanços no campo da proteção e promoção dos direitos humanos da população em sofrimento mental ou com deficiência psicossocial em conflito com a lei, conforme segue:

a) **Proteção Abrangente de Direitos:** o Termo reafirma que a política antimanicomial visa instituir e monitorar procedimentos voltados à garantia dos direitos fundamentais dessas pessoas em todas as etapas do sistema de justiça — desde a custódia inicial, passando pela investigação e pelo cumprimento da pena ou medida de segurança, até sua extinção (CNJ, Resolução nº 487/2023, art. 14, I).

b) **Desinstitucionalização como Prioridade:** estabelece-se como pilar essencial a desinstitucionalização das pessoas em conflito com a lei, desde a “porta de entrada” até a “porta de saída” do Sistema de Justiça Criminal. Para tanto, são criados fluxos de atenção psicossocial integral, com prioridade ao atendimento em meio aberto e em serviços comunitários territoriais, o que representa o afastamento definitivo do modelo hospitalocêntrico e manicomial.

c) **Articulação de Redes de Cuidado:** propõe-se a integração entre programas e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e da rede de direitos humanos, em diálogo com o Sistema de Justiça. Essa intersetorialidade é considerada essencial para assegurar o cuidado integral e possibilitar a reinserção social dos indivíduos.

d) **Educação e Capacitação Continuada:** prevê-se a implementação de programas de educação permanente voltados a profissionais dos sistemas de Saúde, Assistência Social, Justiça, Administração Penitenciária e Segurança Pública. Essa capacitação é condição crucial para disseminar a cultura dos direitos humanos e consolidar a compreensão adequada das diretrizes antimanicomiais. Ressalte-se, nesse ponto, que a medida também responde ao único aspecto da Sentença da Corte Interamericana no caso Ximenes Lopes vs. Brasil ainda não integralmente cumprido pelo Estado brasileiro.

e) **Aprimoramento Normativo:** o Termo fomenta a proposição de alterações legislativas e de políticas públicas capazes de redirecionar o modelo de atenção, em conformidade com os parâmetros da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (ONU, 2006), com status constitucional no Brasil.

f) **Fomento a Práticas Humanizadas:** busca-se estimular a implementação de equipes multiprofissionais conectoras, a realização de avaliações biopsicossociais e a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Esses instrumentos constituem ferramentas indispensáveis para assegurar um cuidado individualizado, pautado nas necessidades concretas e singulares de cada pessoa em sofrimento mental.

4.4.2 Compromissos dos entes participantes

A Política Antimanicomial do Poder Judiciário do Tocantins estrutura-se como um sistema integrado de ações interinstitucionais, gerido pelo Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial (CEIMPA/TO).

Este Comitê é coordenado pelo Grupo de Monitoramento e Fiscalização dos Sistemas Carcerário e Socioeducativo (GMF/TO) e congrega uma ampla rede de instituições, incluindo o Ministério Público, a Defensoria Pública, a Secretaria de Estado da Saúde, a Universidade Federal do Tocantins (UFT), o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), o Colegiado Estadual de Gestores Municipais da Assistência Social (COEGEMAS), a Secretaria Estadual de Assistência Social, a Secretaria de Cidadania e Justiça, além das Secretarias Municipais de Saúde de Palmas, Araguaína e Gurupi, cidades que concentram os maiores contingentes populacionais do Estado. As reuniões mensais do CEIMPA/TO asseguram a interlocução contínua, o alinhamento estratégico e a deliberação conjunta das ações.

As obrigações comuns assumidas pelos partícipes reforçam o caráter colaborativo e de proteção integral de direitos, dentre as quais destacam-se:

a) Apoio à Interdição Manicomial: compromisso das instituições em sustentar os processos de interdição, parcial ou total, dos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico, medida que representa um passo decisivo para a erradicação dos manicômios e para a concretização da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

b) Mapeamento e Desinstitucionalização: pactuação conjunta para mapear a presença de pessoas com transtorno mental privadas de liberdade em estabelecimentos penais comuns e reduzir gradualmente a porta de entrada para os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs).

c) Educação Permanente: promoção de palestras, cursos e seminários voltados a profissionais do Sistema de Justiça, do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), com foco em direitos humanos e saúde mental, garantindo a formação continuada como eixo estruturante da política.

d) Proteção de Dados: observância integral à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018), com garantias de privacidade, finalidade específica e segurança das informações, assegurando comunicação imediata entre gestores em caso de incidentes.

No que se refere às competências específicas, o Tribunal de Justiça do Tocantins (TJTO) é responsável pelo disciplinamento de fluxogramas e revisão processual; a Secretaria de Estado da Saúde pela instituição da Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas (EAP) e pela disponibilização de vagas na Rede de Atenção à Saúde (RAS); a Secretaria de Cidadania e Justiça (SECIJU) pela garantia da operacionalização da política nos estabelecimentos penais e pelo acesso das equipes de saúde; e a Secretaria de Trabalho e Desenvolvimento Social (SETAS) pelo apoio à rede SUAS e pela concessão de benefícios socioassistenciais.

Pode-se afirmar que o Termo de Cooperação Técnica nº 35/2024 transcende a dimensão meramente burocrática, configurando-se como instrumento essencial à consolidação da política antimanicomial no Estado. Sua inovação reside na articulação transversal e horizontal entre o Poder Judiciário, os sistemas de saúde, assistência social e segurança pública, instaurando uma verdadeira mudança de paradigma: do encarceramento e da segregação para o cuidado comunitário, a desinstitucionalização e a reinserção social.

Essa iniciativa não apenas está em plena consonância com a legislação nacional — como a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) e as diretrizes do CNJ, como também reflete um compromisso efetivo com tratados e convenções internacionais de direitos humanos. A

o priorizar a desinstitucionalização, o cuidado individualizado via Projeto Terapêutico Singular (PTS), a capacitação continuada dos profissionais e a proteção de dados sensíveis, o TCO nº 35/2024 representa um marco na consolidação de um sistema de justiça mais humano, inclusivo e comprometido com a dignidade da pessoa humana.

4.3 A Constituição do CEIMPA/GMF/TO

O Comitê Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial, que tem seu congênere em nível nacional, o COMINPA, coordenado pelo DMF do CNJ, tem a importante missão de monitorar toda a Política Antimanicomial do Poder Judiciário tocaninense.

Em 09 de agosto de 2024, no âmbito do Poder Judiciário, foi instituído, através do GMF, o Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial – CEIMPA/TJTO, por meio da Portaria nº 2262/2024 – PRESIDÊNCIA/ASPRE, para dar continuidade às ações do GTI, que era temporário, e, principalmente, ao processo de

desinstitucionalização das pessoas em situação de internação em unidades penais no Estado do Tocantins.

O CEIMPA foi estabelecido com o objetivo de propor ações estaduais de desinstitucionalização e atenção integral às pessoas com transtorno mental e qualquer forma de deficiência psicossocial em conflito com a lei no Estado do Tocantins, em conformidade com a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, disposta pela Resolução CNJ nº 487/2023.

No exercício de suas atribuições, o Comitê poderá:

- I - realizar reuniões de trabalho periódicas, de forma presencial ou virtual, em datas e horários a serem definidos pelos(as) partícipes/membros;
- II - fomentar a celebração de acordos de cooperação técnica, protocolos interinstitucionais e outras modalidades para institucionalização de fluxos de trabalho conjunto;
- III - propor ou realizar cursos, eventos formativos e grupos de estudo acerca do tema para profissionais do sistema de justiça, das políticas de saúde, administração prisional, assistência social e direitos humanos;
- IV - fomentar e promover produção de conhecimento, envolvendo sistematização de dados, diagnósticos, pesquisas e avaliações;
- V - realizar parcerias com outros entes e instituições para o desenvolvimento de suas atividades;
- VI – atuar como instância de acompanhamento, discussão e revisão de casos de manejo complexo e na qualificação de ações de desinstitucionalização.

Teve sua primeira reunião realizada no dia 27 de setembro de 2024, cuja pauta contemplou a breve leitura das atribuições do CEIMPA, constantes na Portaria, a apresentação da minuta do Plano de Trabalho, das minutas dos fluxogramas da porta de entrada e desinstitucionalização, bem como a definição do calendário de reuniões a serem realizadas até o final do ano de 2024.

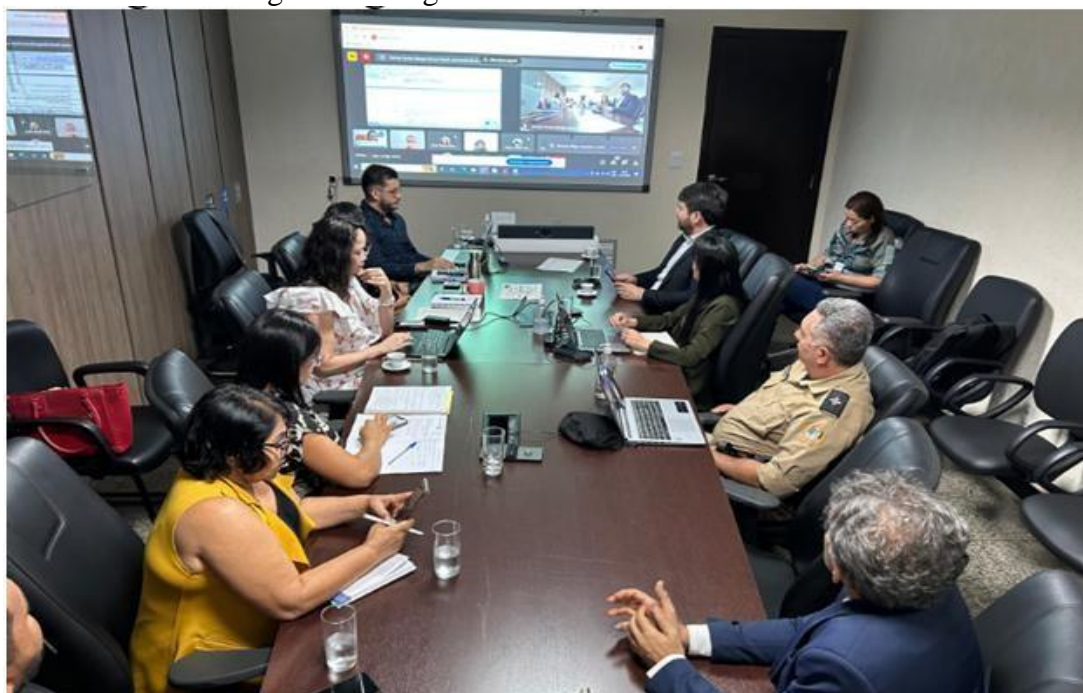
A segunda reunião, ocorrida no dia 23 de outubro de 2024, teve como principais pautas a atualização dos casos acompanhados pela EAP-Desinst, a aprovação dos fluxos para a Política Antimanicomial do Judiciário e a apresentação de projeto de extensão voltado ao fortalecimento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário: Oficina sobre a Metodologia do Estudo de Caso e Projeto Terapêutico Singular, direcionada aos profissionais da rede de saúde e da assistência social, a realizar-se no dia 30/10 em Palmas, na ESMAT, e no dia 11/12 em Araguaína, sob a condução da Professora Dra. Juliana Biazze, da Universidade Federal do Tocantins.

Figura 13 - Primeira reunião do CEIMPA/TJTO



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2024).

Figura 14 - Segunda reunião do CEIMPA/TJTO



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2024).

A terceira reunião, ocorrida no dia 27 de novembro de 2024, teve como pautas a explanação sobre o Plano de Ação Detalhado a ser enviado ao CNJ, com pedido de prorrogação de prazo para implementação da Resolução CNJ nº 487/2023, e a apresentação da

pesquisa Mapeamento da Rede de Atenção Psicossocial e de Proteção Social do Estado do Tocantins, realizada pela Universidade Federal do Tocantins. Além disso, deu-se início à construção do fluxo desde a audiência de custódia, tendo sido aberto o processo SEI nº 23.0.000009132-4, no qual foi elaborado um fluxograma, posteriormente encaminhado para assinatura da Presidência via SEI nº 25.0.000006717-5.

Durante a construção dos fluxos, amplamente debatidos entre todos os participantes do CEIMPA, ficou evidenciada a necessidade de se instituir uma audiência especial destinada à desinstitucionalização, a ser realizada na modalidade presencial ou virtual. Embora não prevista formalmente na Resolução nem na LEP, a audiência foi inserida em minuta de Provimento encaminhada à Corregedoria-Geral de Justiça, por se considerar de extrema relevância esse momento, com a presença da equipe da EAP, se possível do CAPS do território e, nos casos de municípios que não possuem CAPS, de algum servidor da UBS, além do juiz, promotor e defensor público ou advogado.

Essa composição visa garantir um canal de comunicação efetivo, no qual dúvidas possam ser esclarecidas e assegurado o adequado cumprimento da medida terapêutica, seja em regime ambulatorial ou, quando necessário, de internação. Nos casos em que o paciente se encontra preso em comarca diversa de seu território, recomenda-se a participação do juiz e do representante ministerial da comarca de destino, para que realizem, no mesmo ato, as advertências a serem dirigidas ao paciente judiciário.

No tocante ao documento representativo do fluxo desde a porta de entrada no sistema penal, por meio da audiência de custódia, foi elaborada uma minuta de Provimento a ser submetida à aprovação da Corregedoria do Tribunal de Justiça do Tocantins, configurando-se como um dos produtos técnicos deste mestrado profissional, anexado ao final deste Relatório. O mesmo se aplica aos encaminhamentos destinados às Residências Terapêuticas, nos casos em que não há disponibilidade dos familiares para acolher o paciente. Destaca-se a importância de que o momento da desinstitucionalização para a liberdade seja acompanhado pela equipe da EAP e pela equipe multidisciplinar responsável pela assistência ao preso nos últimos anos, seja no presídio ou em qualquer outra instituição de recolhimento.

O Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial do Tocantins – CEIMPA/TJTO identificou a necessidade de dilação do prazo de interdição total por mais seis meses contados de novembro de 2024, ou seja, até maio de 2025. Por essa razão, foi formalizado o pedido expresso, uma vez que o Judiciário tocantinense já se encontrava em fase de descumprimento da decisão que autorizou a primeira prorrogação de prazo. Não obstante, caminha-se para a efetiva resolução da questão, com a conclusão das

desinstitucionalizações e a transferência dos oito pacientes remanescentes para a Residência Terapêutica de Palmas.

Atualmente, a questão da moradia revela-se como o ponto mais crítico para a consolidação da Política Antimanicomial do Estado. Observa-se que a ausência de dispositivos adequados, especialmente os Serviços Residenciais Terapêuticos, limita significativamente a possibilidade de inserção dos assistidos em seus territórios para atendimento ambulatorial, comprometendo, assim, a efetividade da política.

Figura 15 - Terceira reunião do CEIMPA/TJTO



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2024).

Em 11 de dezembro de 2024, realizou-se a quarta reunião do CEIMPA/TJTO, de forma híbrida, na sala de reuniões do CINUGEP, no Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins.

A pauta contemplou a atualização dos casos acompanhados pela EAP, com destaque para a apresentação da nova Portaria de instituição e composição da equipe, bem como o relatório dos custodiados já liberados e daqueles indicados para o SRT. Foram debatidos encaminhamentos para inclusão de casos pendentes, reavaliações e articulações voltadas à desinstitucionalização, além da necessidade de contato com a assistência social para viabilizar aluguel social a internos específicos.

Outro ponto relevante foi a proposta de criação de um Grupo de Trabalho destinado a discutir a temática de álcool e outras drogas no Estado, com a indicação de representantes de

diversas instituições e a deliberação para pleitear assento do CEIMPA no Comitê Estadual sobre Drogas. Também foi definida a inclusão da Secretaria de Desenvolvimento Social de Palmas no Comitê, bem como a constituição de um grupo específico para organização do evento da Política Antimanicomial, previsto para maio de 2025.

A definição do calendário de reuniões para o primeiro semestre de 2025 foi aprovada, estabelecendo encontros mensais e a realização de um evento temático em maio. No espaço aberto, discutiu-se a necessidade de maior articulação com a rede de assistência social municipal e estadual para a implantação de serviços de acolhimento, como a Casa de Passagem, cuja viabilização poderá ocorrer por meio de recursos oriundos de penas pecuniárias.

Ao final, reforçou-se a importância da integração entre os atores da rede, da realização de capacitações e do efetivo cumprimento da Resolução CNJ nº 487/2023, com vistas à consolidação da Política Antimanicomial no Estado do Tocantins.

Figura 16 - Quarta reunião do CEIMPA/TJTO



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2025).

Figura 17 - Quarta reunião do CEIMPA/TJTO



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2025).

Em 29 de janeiro de 2025, o CEIMPA/TJTO reuniu-se, de forma híbrida, no CINUGEP do TJTO, para tratar da atualização dos casos acompanhados pela EAP, incluindo custodiados com alvará de soltura, indicados para o Serviço de Residência Terapêutica (SRT) e em processo de reavaliação. Foram discutidas dificuldades operacionais, a necessidade de articulação com unidades prisionais, CAPS e familiares, bem como o reforço da comunicação entre as equipes.

Apresentou-se a minuta de Provimento que regulamenta procedimentos judiciais relacionados às medidas terapêuticas, a ser analisada pelos membros antes do envio à Corregedoria. Houve ainda avaliação das ações desenvolvidas em 2024, com destaque para a importância de formações continuadas e da realização de visitas técnicas a outros estados.

Debateu-se, também, a inclusão de demandas do sistema socioeducativo, prevendo articulação com a Vara da Infância e Juventude. Definiu-se a comissão responsável pela organização do evento de capacitação da Política Antimanicomial, previsto para maio de 2025.

Deliberações: envio da minuta do Provimento para análise; expedição de ofício à SES para capacitações e visitas técnicas; verificação de óbitos nos casos em tratamento; encaminhamento de sugestões ao sistema socioeducativo; e organização do evento de maio.

Figura 18 - Quinta reunião do CEIMPA/TJTO



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2025).

Em 26 de fevereiro de 2025, o CEIMPA/TJTO reuniu-se, de forma híbrida, no CINUGEP do TJTO, com pauta voltada à apresentação dos membros e de suas funções, bem como à melhoria do fluxo de informações entre a EAP, CEPEMA, CAPS e unidades de saúde. Foram discutidas dificuldades de comunicação, propostas de padronização e a inclusão da obrigatoriedade de envio periódico de relatórios no Provimento em elaboração.

Houve atualização da minuta do Provimento que regulamenta procedimentos judiciais sobre medidas terapêuticas, com acolhimento de sugestões, e decisão de realização de webinar para esclarecer o fluxo e o papel dos atores envolvidos. A GRAPS apresentou o fluxo da macrorregião norte e o Projeto “Nós na Rede”, voltado à qualificação e ao fortalecimento da RAPS. Também foram dadas orientações para o cadastro de usuário externo no SEI, visando agilizar assinaturas de atas.

Deliberações: ajuste da minuta para determinar o envio periódico de relatórios dos CAPS; articulação com o COSEMS para criação de fluxo padronizado de informações; e encaminhamentos para fortalecer a comunicação entre a rede de saúde e o sistema de justiça.

Figura 19 - Sexta reunião do CEIMPA/TJTO



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2025).

Figura 20 - Sexta reunião do CEIMPA/TJTO



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2025).

Figura 21 - Sexta reunião do CEIMPA/TJTO



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2025).

Em 8 de abril de 2025, o CEIMPA/TJTO reuniu-se, de forma híbrida, no CINUGEP do TJTO, para tratar do fluxo entre EAP, perícia, Justiça e CAPS; dificuldades no processo de desinstitucionalização; protocolos da PM para ocorrências envolvendo saúde mental; andamento do Plano de Ação Detalhado da Resolução CNJ nº 487/2023; e organização do curso “*Atuação em Rede na Efetivação da Política Antimanicomial*”, previsto para os dias 21 e 22 de maio de 2025.

Foram discutidos casos complexos de custodiados em situação de rua e com baixa adesão ao tratamento, como André dos Santos Neves e Wellington Mendes Teixeira, deliberando-se pela realização de audiências de justificação, com participação da assistência social e da EAP. Destacou-se a necessidade de moradia assistida e de serviços de acolhimento. A PM apresentou protocolos de atendimento e ações de capacitação para ocorrências em saúde mental, ressaltando a importância de articulação com a saúde.

Debateu-se ainda a regulação e o perfil para vagas nas SRTs de Araguaína, as dificuldades na aceitação de egressos do sistema prisional e a necessidade de elaboração de PTAs pendentes. O Plano de Ação Detalhado teve prorrogação solicitada, com previsão de elaboração de relatório ao CNJ.

Deliberações: reunião para conclusão do fluxo da minuta de provimento; estudo de alerta no e-proc para processos com medida de segurança; realização de audiências para casos

de Gurupi; envio de ofício à assistência social de Gurupi; capacitação conjunta entre PM e saúde; e entrega de PTAs até maio.

Figura 22 - Sétima reunião do CEIMPA/TJTO



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2025).

Figura 23 - Sétima reunião do CEIMPA/TJTO



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2025).

Em 7 de maio de 2025, o CEIMPA/TJTO reuniu-se, de forma híbrida, no CINUGEP do TJTO, para atualização dos encaminhamentos anteriores, tratativas para implantação da SRT em Palmas, discussão do Plano de Ação Detalhado da Resolução CNJ nº 487/2023 e acompanhamento de casos de desinstitucionalização.

Foi informado o andamento da minuta do fluxo de provimento e discutida a criação de tarja no e-Proc para identificar processos de pessoas com transtorno mental. Relatou-se a situação de custodiados em situação de rua, como André dos Santos Neves e Wellington, destacando-se a necessidade de atuação da rede de assistência social. Quanto à SRT de Palmas, o município encontra-se em fase de finalização de estudo técnico, com reunião prevista para o dia 9 de maio.

Debateu-se o cumprimento do Plano de Ação Detalhado, ressaltando a importância de concluir os PTAs e estruturar dossiês dos casos acompanhados pela EAP. Foram apresentados casos específicos (Fábio, Wellington, Joaquim, Diosnir, Thiago, Carlos Henrique, Diego e Leopoldo), com enfoque em questões de segurança, moradia e articulação com os CAPS e a assistência social.

Deliberações: oficialiar a Secretaria Municipal de Assistência Social de Palmas para busca ativa de André; formar dossiê atualizado com informações da EAP sobre casos institucionalizados e futuros; e oficialiar o INSS para verificar a aposentadoria de Leopoldo Carvalho Neto.

Figura 24 - Oitava reunião do CEIMPA/TJTO



Fonte: Cecom/TJTO, site do Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2025).

Figura 25 - Sétima reunião do CEIMPA/TJTO



Fonte: Cecom/TJTO, site do Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2025).

Figura 26 - Sétima reunião do CEIMPA/TJTO



Fonte: Cecom/TJTO, site do Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2025).

Em 25 de junho de 2025, o CEIMPA/TJTO reuniu-se, de forma híbrida, no CINUGEP do TJTO, para tratar da situação da saúde mental no sistema socioeducativo, da RAPS em

Palmas, do andamento dos processos de desinstitucionalização e de ações estratégicas para a implementação da Resolução CNJ nº 487/2023.

Foram apontadas fragilidades relacionadas à ausência de fluxo específico para adolescentes com sofrimento mental, deficiências na RAPS de Palmas (como a falta de psiquiatras) e lacunas na atuação da EAP, incluindo a carência de relatórios e de articulação com a rede. Discutiu-se ainda a necessidade de recomposição das equipes, melhorias no sistema e-Proc para identificação de casos e as tratativas para a implantação da SRT em Palmas, diante de impasse financeiro entre Município e Estado.

Também houve convite para integração ao Fórum Estadual sobre Drogas, organização de seminário estadual sobre a política antimanicomial, apresentação do fluxo atualizado das medidas de segurança e alerta sobre o descumprimento parcial da meta de desinstitucionalização, com oito pessoas ainda em situação de prisão indevida.

Deliberações: oficial órgãos para reforço de equipes e adoção de providências estruturais; avançar na implantação da SRT; elaborar nota técnica para o e-Proc; validar datas do seminário; realizar webinar explicativo; elaborar cronograma de visitas técnicas; e iniciar a análise de casos reais nas próximas reuniões.

Figura 27 - Oitava reunião do CEIMPA/TJTO



Fonte: Cecom/TJTO, site do Poder Judiciário do Estado do Tocantins. (Tribunal de Justiça do Tocantins, 2025).

Seguiram-se as reuniões mensais no ano de 2025, com revisão de casos, permitindo uma leitura mais contextualizada sobre a atual condição de saúde e jurídica dos custodiados. Destes, a partir do aval da EAP-Desinst, em três situações o Judiciário, mais precisamente a Comarca de Araguaína, determinou a reavaliação das medidas.

Finalmente, em 1º de agosto de 2025, ocorreu o ponto mais decisivo para a instalação da Residência Terapêutica em Palmas: foi assinado um Termo de Compromisso entre as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, representadas por seus titulares, o GMF, representado pelo Desembargador Supervisor, e este mestrando, na condição de Coordenador do CEIMPA.

No referido Termo, o Estado do Tocantins se comprometeu a repassar ao Município os valores referentes à folha de pagamento pelo prazo de 24 meses, até a habilitação da Residência junto ao Ministério da Saúde. O Município, por sua vez, assumiu a responsabilidade pelo aluguel do imóvel e por sua manutenção, incluindo o tratamento em saúde, a alimentação e o cuidado com os oito pacientes judiciários que para lá serão encaminhados.

Da parte do Judiciário, restou definido que a SEMUS deve apresentar projeto para aquisição de todo o mobiliário da Residência, o qual será custeado com recursos provenientes de prestações pecuniárias vinculadas à VEP Palmas.

Figura 28 – Instalação da RTP



Fonte: Comunicação TJTO, site do Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2025).

Figura 29 – Assinatura do Termo



Fonte: Comunicação TJTO, site do Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2025).

Figura 30 – Divisão das responsabilidades



Fonte: Comunicação TJTO, site do Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2025).

4.4 Outras reuniões complementares e decorrentes de deliberação das reuniões do GTI/TJTO

Assim, na condição de magistrado, o pesquisador apresenta abaixo os registros fotográficos das reuniões decorrentes de reuniões do GTI, bem como reuniões de articulações com outras instituições:

Figura 31 - Reunião na Comissão de Intergestores Bipartite no dia 18 de outubro de 2023



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins. (2023)

Nessa reunião o magistrado realizou apresentação aos gestores municipais de assistência social sobre a Resolução 487, ocasião em que pediu empenho aos gestores no sentido de apoiarem as iniciativas relacionadas à política antimanicomial.

Figura 32 - Reunião interinstitucional realizada no dia 29/09/2023 com a Gerência do INSS e a Procuradoria Regional do INSS no Tocantins



Fonte: Registro fotográfico GMF/TJTO.

Nessa reunião, pactuou-se que o INSS realizaria um mutirão de perícias na cidade de Araguaína, destinado exclusivamente aos 18 pacientes judiciários. O mutirão ocorreu meses mais tarde, resultando no deferimento de mais de oito benefícios de prestação continuada (BPC), permanecendo os demais processos pendentes para análise apenas após a saída da prisão.

Trata-se, contudo, de uma exigência que nos parece desproporcional e destituída de fundamento, uma vez que essas pessoas permanecem presas unicamente pela inexistência de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) disponíveis para o seu adequado acolhimento.

Figura 33 - Reunião interinstitucional com o Defensor Público - Geral da União e equipe no dia 29 de setembro de 2023



Fonte: Assessoria de Comunicação Social da Defensoria Pública da União (2023).

Realizou-se reunião com o objetivo de solicitar parceria para a formulação dos requerimentos do Benefício de Prestação Continuada (BPC) em favor das pessoas com transtorno mental institucionalizadas.

A parceria com a Defensoria Pública da União no Tocantins (DPU/TO) revelou-se fundamental para o êxito das concessões, resultando na efetivação de diversos benefícios em favor dos pacientes judiciários, a maioria deles enquadrados como aptos a usufruírem do benefício previdenciário.

Figura 34 - Reunião interinstitucional dia 16 de outubro de 2023



Fonte: Registro fotográfico GMF/TJTO.

Realizou-se reunião com a equipe da Secretaria de Trabalho e Desenvolvimento Social (SETAS), no gabinete do Dr. Allan, para tratar das atribuições desta Secretaria no âmbito do Termo de Cooperação Técnica, que tem por objeto estabelecer as responsabilidades e as condições técnicas e operacionais para a implementação e o monitoramento da Política Antimanicomial no Poder Judiciário do Estado do Tocantins, conforme dispõe a Resolução CNJ nº 487/2023.

Ressalta-se que, desde o início, a SETAS demonstrou pouco envolvimento com as atividades do GTI, apesar de sua relevância no contexto enfrentado, sobretudo considerando que todas as pessoas hipervulneráveis demandam atenção quanto à habitação, benefícios previdenciários e atendimento nos serviços do CREAS e do CRAS. A partir dessa reunião, contudo, foi designado um representante da Secretaria, o qual passou a participar ativamente e a contribuir significativamente em todas as reuniões posteriores, já no âmbito do CEIMPA.

Figura 35 - Reunião interinstitucional dia 23 de novembro de 2023



Fonte: Registro fotográfico GMF/TJTO.

Reunião com o Secretário de Trabalho de Desenvolvimento Social -SETAS, para apresentar a Política Antimanicomial.

Figura 36 - Reunião interinstitucional realizada no dia 27 de novembro de 2023 em Gurupi / TO

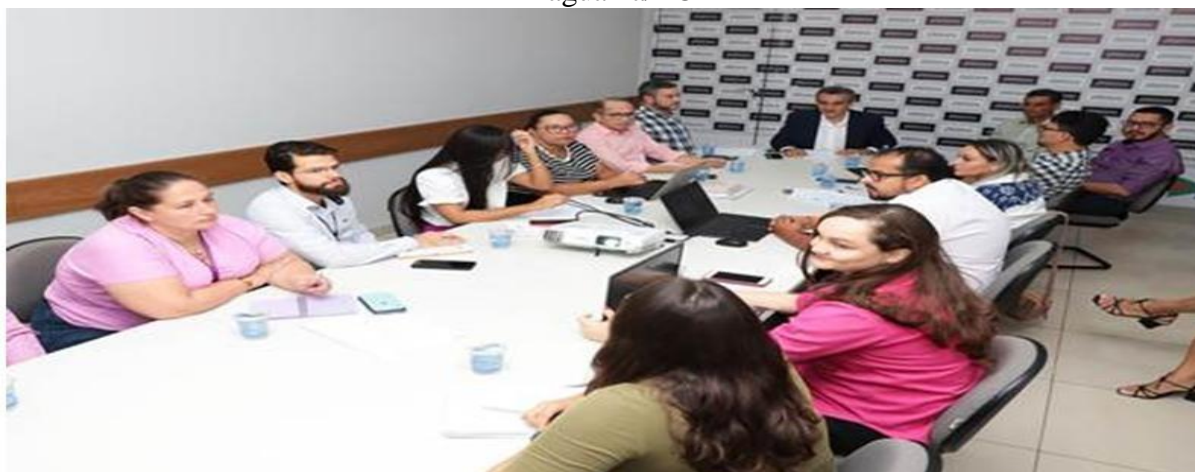


Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2023).

A reunião teve como foco a Resolução CNJ nº 487/2023 – Política Antimanicomial no Poder Judiciário e o andamento de sua implantação no Estado do Tocantins. Nessa ocasião, foi possível perceber certo receio, por parte de alguns profissionais do CAPS visitado, em

relação à chegada do novo público. Contudo, após o início das reuniões, os servidores passaram a participar ativamente, com destaque para o coordenador de saúde mental do Município, que trouxe importantes contribuições para o debate e para o estudo dos casos, chegando, inclusive, a abrir a possibilidade de implantação de uma Residência Terapêutica naquele Município.

Figura 37 - Reunião interinstitucional realizada no dia 30 de novembro de 2023 em Araguaína/TO



Fonte: Registro fotográfico GMF/TJTO.

A reunião teve como pauta a Resolução CNJ nº 487/2023 – Política Antimanicomial no Poder Judiciário e o andamento de sua implantação no Estado do Tocantins. Nesta visita, foi possível conhecer a Residência Terapêutica de Araguaína, onde se encontravam sete pessoas, vivendo em um ambiente de harmonia e com uma felicidade visível.

Figura 38 - Visita técnica no dia 22 de janeiro de 2024 deste magistrado EAP) de São Luís/Maranhão e ao Hospital Nina Rodrigues



Fonte: Registro fotográfico GMF/TJTO.

A visita técnica ocorreu no dia 22/01/2024, realizada por este magistrado à EAP de São Luís/Maranhão e ao Hospital Nina Rodrigues, especializado em tratamento humanizado em saúde mental. O Juiz Coordenador da CEIMPA do estado vizinho também esteve presente.

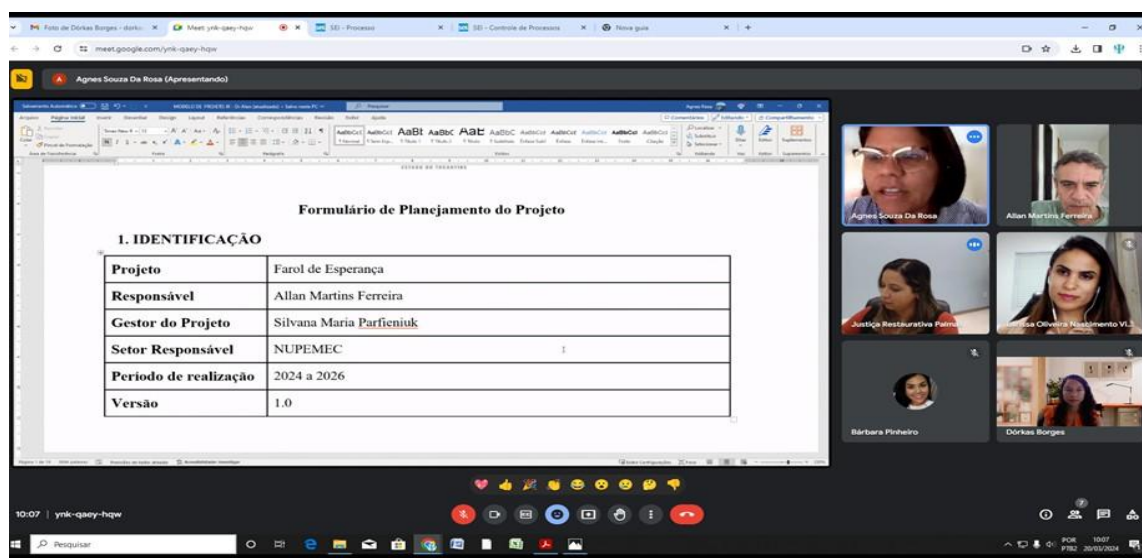
Figura 39 - Reunião no dia 29/01/2024 com o Secretário de Estado da Saúde do Tocantins para discutir sobre a implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário e criação de uma EAP para o devido acompanhamento das medidas de segurança do estado



Fonte: Registro fotográfico GMF/TJTO.

A reunião foi realizada com o Secretário de Estado da Saúde do Tocantins, com o objetivo de discutir a implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário e ressaltar a necessidade de criação de uma Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), destinada ao acompanhamento adequado das medidas de segurança no Estado.

Figura 40 - Reunião no dia 20 de março de 2024 com o NUPEMEC e a Coordenadoria de Gestão Estratégica, Estatística e Projetos (COGES) do Tribunal de Justiça do Tocantins



Fonte: Registro fotográfico GMF/TJTO.

A reunião foi realizada com o Núcleo Permanente de Métodos Consensuais de Solução de Conflitos (NUPEMEC) e a Coordenadoria de Gestão Estratégica, Estatística e Projetos (COGES) do Tribunal de Justiça do Tocantins, para apresentação do Projeto Farol da Esperança, que tem como objetivo apoiar a implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, especialmente no restabelecimento dos vínculos familiares das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Figura 41 - Participação no dia 21/03/2024 na reunião do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) para falar sobre a implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, conforme a Resolução CNJ nº 487/2023



Fonte: Registro fotográfico GMF/TJTO.

Reunião realizada em 21/03/2024, com participação no Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), para tratar sobre a implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, em conformidade com a Resolução CNJ nº 487/2023.

Figura 42 - Reunião no dia 25 de abril de 2024 com representantes do Conselho Nacional de Justiça e outras instituições estaduais para discutir pontos para o avanço do cumprimento da política antimanicomial no âmbito estadual



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2024).

Foram debatidas, também, medidas para a garantia de assistência aos pacientes judiciários que estão em cadeias do estado e que serão beneficiados pela Resolução 487/2023 do CNJ. Presentes o conselheiro do CNJ e Supervisor do DMF, assim como o juiz auxiliar do DMF.

Figura 43 - Reunião no dia 27 de maio de 2024 com o Núcleo de Formação de Aperfeiçoamento de Magistrados (NUFAM) da Escola da Magistratura Tocantinense (ESMAT)



Fonte: Registro fotográfico GMF/TJTO.

Reunião para apresentação da proposta do curso “*Formação Inicial de Profissionais para a Implantação da Política Antimanicomial no Sistema de Justiça no Estado do Tocantins*”, com a participação do então orientador deste mestrando, que contribuiu com sugestões sobre o formato do curso e participou, juntamente com este mestrando, de uma das mesas do evento.

Figura 44 - Reunião no dia 06 de junho de 2024 com a Secretária Municipal de Saúde de Palmas para discutir sobre a implantação do Serviço de Residência Terapêutica em Palmas/TO



Fonte: Registro fotográfico GMF/TJTO.

Figura 45 - Visita Técnica nos dias 8 a 12/07/2024 ao GMF e EAP de Fortaleza do Ceará e ao Manicômio Judiciário do estado



Fonte: Registro fotográfico GMF/TJTO.

Foi o primeiro a ser fechado completamente após a edição da Resolução nº 487, o que é bastante significativo, visto que Ximenes Lopes era do Estado do Ceará.

Muitas foram, portanto, as iniciativas, todas voltadas para a implantação exitosa da Resolução nº 487. Todos os meios e soluções foram dialogados e construídos nas reuniões do GTI e, posteriormente, do CEIMPA.

4.5 Ações formativas

Conforme compromisso firmado pelo Poder Judiciário tocantinense, fixado no TCO assinado pela Presidente do Tribunal de Justiça, foi iniciado o primeiro curso de formação continuada destinado a juízes, servidores e demais pessoas envolvidas com a política antimanicomial, com o compromisso de sua realização anual.

4.5.1 Realização da Formação inicial de profissionais para a implantação da Política Antimanicomial no Sistema de Justiça no Estado do Tocantins, de 28 a 30 de agosto de 2024

Como parte das ações de implementação da Política Antimanicomial no âmbito do Sistema de Justiça do Estado do Tocantins, em consonância com a Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e com a diretriz de promoção do cuidado em liberdade, comunitário e intersetorial, realizou-se, de 28 a 30 de agosto de 2024, a Formação Inicial de Profissionais no auditório do Tribunal de Justiça do Tocantins (TJTO), com transmissão simultânea pelo Tribunal Pleno e pelo canal da Esmat no YouTube. O evento buscou expandir o alcance e a disseminação da capacitação entre os diferentes territórios e profissionais envolvidos, alcançando mais de 800 inscritos provenientes de distintas regiões do estado.

A programação da Formação Inicial de Profissionais para a Implantação da Política Antimanicomial no Sistema de Justiça do Tocantins foi organizada em três dias de atividades temáticas, com a participação de especialistas de diversas áreas.

No dia 28, foram abordados os temas: *“Considerações gerais sobre a psicopatologia e inimputabilidade penal e o papel da Rede de Atenção Psicossocial na medida de segurança”*, ministrado por Marcelo Kimati Dias, assessor da presidência da Fundação Centro Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho (Fundacentro/MTE); *“A internação no manicômio judiciário: tratamento de saúde ou intensificação do adoecimento”*, apresentado por Daniel Navarro Sonim, escritor, jornalista e palestrante, e por Walter Farias, ex-funcionário que se tornou paciente do Complexo Psiquiátrico do Juquery; e *“A pessoa em*

conflito com a lei e a luta antimanicomial na perspectiva da PNAISP”, com Carlos Alberto Pereira de Oliveira, professor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

No dia 29, discutiu-se: *“A luta antimanicomial, reforma psiquiátrica e a Resolução 487 do CNJ: tecendo relações”*, com Luís Fernando Nigro Corrêa, juiz de direito do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG), e Carlos Mendes Rosa, professor da Universidade Federal do Tocantins (UFT); *“A saúde mental nos três níveis de atenção à saúde e a construção do PTS”*, com Vania Damasceno Costa, professora de Psicologia da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), e Altieres Edemar Frei, psicólogo pela Universidade de São Paulo (USP); e *“A política de assistência social no processo de desinstitucionalização da pessoa em cumprimento de medida de segurança”*, com Ingrid Karla da Nóbrega Beserra, coordenadora do curso de Serviço Social da UFT.

No dia 30, foram apresentados os temas: *“A desinstitucionalização da pessoa privada de liberdade com transtorno mental: relatos de experiência”*, por Marden Marques Soares Filho, assessor técnico da Coordenação de Desinstitucionalização e Direitos Humanos do Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde; Melinda Miranda, assistente social e supervisora no Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF); Shirley Alves dos Santos, assistente social do Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas para Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei de Pernambuco; e Carlos Gustavo da Silva Martin de Arribas, psiquiatra e assessor técnico da Gerência de Atenção à Saúde Mental do Estado de Pernambuco.

Ainda nesse dia, discutiu-se: *“O papel das equipes técnicas e de suas avaliações na medida de segurança e no processo de desinstitucionalização”*, com Thiago Bagatin, professor do curso de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS); e, encerrando o evento, *“O processo de implantação da política antimanicomial no Sistema de Justiça do Tocantins”*, com Allan Martins Ferreira, juiz de direito e coordenador estadual da política de saúde mental no Estado do Tocantins; Robson José da Silva, superintendente de Políticas de Atenção à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins; e Karla Joane da Silva, psicóloga da Secretaria Estadual de Saúde e representante da Equipe de Atenção Psicossocial (EAP).

A diversidade temática e a qualificação dos palestrantes conferiram à formação caráter multidisciplinar e intersetorial, articulando saberes jurídicos, de saúde e de assistência social na consolidação das diretrizes da política antimanicomial.

A abertura ocorreu na quarta-feira (28), às 8h, com a palestra magna intitulada “*Considerações gerais sobre a Psicopatologia e Inimputabilidade Penal e o papel da Rede de Atenção Psicossocial na medida de segurança*”, proferida por Marcelo Kimati Dias, médico psiquiatra e assessor da presidência da Fundacentro/MTE, e contou ainda com a participação de professora doutora em Psicologia da Universidade Federal do Tocantins (UFT). A escolha temática ancorou o debate nas interfaces entre saúde mental, inimputabilidade e o desenho das medidas de segurança, evidenciando o papel estruturante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na execução dessas medidas, com foco na substituição do modelo hospitalocêntrico por estratégias territoriais e comunitárias.

No segundo dia do curso, o juiz do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, Luiz Fernando Nigro, diretor executivo do Programa PAI-PJ do TJMG, membro da Comissão Ximenes Lopes do Conselho Nacional de Justiça e responsável pela elaboração da minuta da Resolução nº 487/2023, ministrou aula aprofundada sobre o tema “*Medida de Segurança sob a égide da Resolução 487*”. Nessa oportunidade, tivemos participação como co-ministrante, assim como o então orientador deste mestrado, professor Dr. Carlos Rosa.

A aula de encerramento foi ministrada por este mestrando, com o tema “*Processo de Implantação da Política Antimanicomial no Sistema de Justiça do Tocantins*”. Na exposição, apresentei um relato histórico de todo o percurso de implantação da política, destacando as dificuldades enfrentadas, as conquistas obtidas, os avanços alcançados e os retrocessos verificados até aquele momento, ressaltando que ainda havia um longo caminho a percorrer para a efetiva desinstitucionalização.

Foi relatada a criação do Grupo de Trabalho Interinstitucional, bem como as funções desempenhadas até então. Também foram apresentados os casos de desinstitucionalização já realizados, o estágio avançado de constituição da Equipe de Atenção Psicossocial (EAP), a ausência de residências terapêuticas suficientes para acolher pacientes judiciários ainda mantidos em unidades prisionais e as tratativas em andamento para a abertura de uma nova residência terapêutica no Estado.

Realizou-se, ainda, uma análise transversal da Resolução nº 487, enfatizando os objetivos centrais da política antimanicomial. Destacou-se, de forma especial, a importância de que os profissionais de saúde, assistência social e médicos que atuam na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) recebam os pacientes oriundos do sistema de justiça sem qualquer tipo de discriminação, acolhendo-os em igualdade e livres de preconceitos, tal como se faz com os demais usuários da Rede.

A programação, distribuída ao longo dos três dias, combinou palestras e mesas-redondas voltadas à qualificação técnica e ao alinhamento de fluxos entre instituições. O público-alvo contemplou magistrados(as) e servidores(as) do Poder Judiciário tocantinense, operadores(as) do sistema de justiça, além de gestores(as) e profissionais da RAPS, da política de assistência social, da EAP e do sistema prisional. Essa composição plural favoreceu a construção de referenciais comuns para a tomada de decisão judicial, o fortalecimento de protocolos intersetoriais e a consolidação de práticas alinhadas aos direitos humanos.

A capacidade formativa do evento decorreu dos trabalhos técnicos deste Mestrado Profissional Interdisciplinar em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos (PPGPJDH/ESMAT-UFT), sendo de nossa iniciativa a coordenação, com a participação efetiva do então orientador, professor Dr. Carlos Rosa, em parceria com o GMF, e execução em conjunto com a ESMAT. O edital específico da formação detalhou cronograma, conteúdos e corpo docente, assegurando transparência e padronização metodológica.

Em síntese, a Formação Inicial constituiu marco institucional para a implantação qualificada da Política Antimanicomial no Tocantins, ao promover atualização técnico-científica, induzir a articulação interinstitucional e fomentar práticas de cuidado em liberdade, orientadas pela centralidade do usuário e pela responsabilização compartilhada entre Justiça, Saúde, Assistência Social e Sistema Prisional.

No contexto da efetivação da política antimanicomial, a formação inicial representa um passo estratégico para o redirecionamento das práticas institucionais do Sistema de Justiça, especialmente no que diz respeito à superação do paradigma tutelar e da segregação manicomial de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Ao promover o encontro entre os saberes do Direito e da Saúde Mental, a iniciativa não apenas amplia a compreensão dos operadores do sistema sobre a complexidade da inimputabilidade penal e das medidas de segurança, como também fortalece a lógica da intersectorialidade, eixo fundamental da política pública de saúde mental.

Nesse sentido, a formação consolida-se como instrumento de transformação institucional, capaz de fomentar o diálogo entre Justiça, Saúde e Assistência Social, reconfigurando as práticas em direção à responsabilização compartilhada e ao cuidado integral em liberdade. Trata-se de um processo formativo que não apenas instrui, mas convoca à corresponsabilidade ética e política frente à histórica violação de direitos das pessoas com sofrimento psíquico no Brasil.

A aposta na formação continuada, interdisciplinar e comprometida com os princípios da reforma psiquiátrica sinaliza o compromisso do Poder Judiciário tocantinense com a

construção de uma justiça mais sensível, humanizada e comprometida com os direitos fundamentais.

Figura 46 - Formação



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2024).

4.5.2 Participação em Ação Formativa: I Seminário de Saúde Mental e Política Antimanicomial do Poder Judiciário de Roraima

Como parte das ações formativas voltadas à consolidação do conhecimento teórico-prático sobre a política antimanicomial no sistema de justiça, participamos do I Seminário de Saúde Mental e Política Antimanicomial do Poder Judiciário de Roraima, promovido pelo Tribunal de Justiça de Roraima (TJRR), nos dias 17 e 18 de março de 2025, no auditório do Fórum Cível Advogado Sobral Pinto, em Boa Vista/RR, com transmissão ao vivo pelo canal oficial do TJRR no YouTube e acessibilidade em Libras.

O evento foi realizado por iniciativa do Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial do TJRR, em parceria com a Escola Judicial de Roraima (EJURR), e teve como objetivo fomentar o debate sobre a construção de uma política pública mais inclusiva e eficaz para o tratamento de pessoas com transtornos psicossociais, especialmente aquelas em conflito com a lei penal. A proposta formativa teve como foco central a integração entre os sistemas de justiça, saúde e assistência social, em consonância com os princípios estabelecidos na Resolução CNJ nº 487/2023. Embora não

fizesse parte do programa de mestrado da ESMAT, registrou-se que aquela palestra somente foi possível em razão dos estudos do mestrado profissional e do envolvimento deste mestrando na implantação da política antimanicomial em nosso estado.

Na exposição, abordamos os desafios da intersectorialidade na política pública de saúde mental e sua articulação com a garantia de direitos das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei penal.

O seminário também foi marcado por importante avanço institucional, com a assinatura do Termo de Cooperação Técnica, formalizando o compromisso do Judiciário de Roraima com a implementação das diretrizes da política antimanicomial e da Resolução CNJ nº 487/2023.

A participação nesta ação formativa possibilitou não apenas o aprofundamento teórico sobre os marcos legais e normativos que orientam a política de desinstitucionalização, mas também o contato direto com experiências práticas e articulações interinstitucionais bem-sucedidas. Tal experiência reforçou a centralidade da formação continuada para o fortalecimento de uma justiça sensível à saúde mental, comprometida com os direitos humanos e com a superação das práticas manicomiais ainda persistentes.

Figura 47 - Seminário – Parte 1



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2025).

Figura 48 - Seminário – Parte 2



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2025).

Figura 49 - Seminário – Parte 3



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2025).

4.5.3 Ações Formativas no Contexto da Política Antimanicomial no Sistema de Justiça do Tocantins (UFT)

No período de maio a dezembro de 2024, participamos ativamente de um conjunto de ações formativas vinculadas ao projeto de extensão universitária “Fortalecimento da Política

Antimanicomial no Poder Judiciário do Estado do Tocantins”, desenvolvido pelo Curso de Psicologia da Universidade Federal do Tocantins (UFT), em parceria com o Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins e a Secretaria Estadual de Saúde. O projeto, nascido da identificação das necessidades da rede durante as reuniões do CEIMPA/GMF-TO, teve como objetivo capacitar operadores do sistema de justiça, gestores municipais e profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), da assistência social e do sistema prisional, visando qualificar a assistência às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei e fortalecer a implementação da Resolução CNJ nº 487/2023, com a pretensão de se tornar contínuo.

Entre as principais ações, destacam-se:

a) Desenvolvimento de instrumento para registro, monitoramento e avaliação do Projeto Terapêutico Singular (PTS): elaborado para orientar a prática clínica e garantir a participação ativa do usuário e de sua família no planejamento das ações de cuidado.

b) Formação descentralizada em Miracema do Tocantins: realizada em 24 de maio de 2024, com a presença de profissionais dos três níveis de atenção à saúde, abordando a clínica ampliada, o papel da RAPS no cuidado em liberdade e a apresentação do instrumento de PTS.

c) Formação inicial estadual: ocorrida entre 28 e 30 de agosto de 2024, no auditório do Tribunal de Justiça, com carga horária de 24 horas, reunindo representantes dos 139 municípios do estado e palestrantes de relevância nacional, incluindo membros do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Justiça. Os temas abordaram desde os fundamentos jurídicos e clínicos da política antimanicomial até experiências exitosas de desinstitucionalização.

d) Etapas descentralizadas em Palmas e Araguaína: oficinas práticas realizadas em 30 de outubro e 12 de dezembro de 2024, focadas na metodologia de estudo de caso e na construção do PTS, com aplicação do instrumento desenvolvido no projeto.

Ao todo, foram capacitados aproximadamente 800 profissionais, fortalecendo o diálogo intersetorial e ampliando a compreensão sobre a importância do cuidado em liberdade e do trabalho em rede. As atividades também proporcionaram espaço para reflexão crítica sobre os desafios estruturais da RAPS, os preconceitos ainda presentes no atendimento às pessoas com transtorno mental e a necessidade de maior articulação entre saúde, assistência social e sistema de justiça.

A participação nessas ações formativas representou uma oportunidade ímpar de integração entre teoria e prática, permitindo não apenas a atualização técnica, mas também a vivência de experiências colaborativas e interdisciplinares, alinhadas aos princípios da Reforma Psiquiátrica e aos direitos humanos. Tais experiências contribuíram de forma

significativa para a minha atuação profissional e para a consolidação de uma visão ampliada e crítica acerca da política antimanicomial no contexto do sistema de justiça.

Figura 50 - Formação – Parte 1



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2024).

Figura 50 - Formação – Parte 2



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2024).

4.6 Uma análise sociodemográfica dos 22 pacientes institucionalizados nos presídios do Tocantins

Em 2023, identificou-se a existência de 22 (vinte e duas) pessoas inimputáveis cumprindo medida de segurança em estabelecimentos prisionais do Estado do Tocantins. Esses indivíduos encontravam-se distribuídos em diversas comarcas — Araguaína, Gurupi, Palmas, Colinas e Formoso do Araguaia, muitas vezes afastados de suas famílias por mera conveniência administrativa, com concentração majoritária no Presídio Barra da Grota, em Araguaína. Essa prática implicava evidente rompimento de vínculos comunitários e familiares, agravando o isolamento social e dificultando os processos de reintegração.

Atualmente, apenas oito dessas pessoas permanecem recolhidas em unidades prisionais, aguardando vaga em residência terapêutica a ser instalada na capital do Estado. Os demais foram reintegrados ao convívio familiar, permanecendo em acompanhamento ambulatorial. Registra-se, entretanto, o óbito de um dos pacientes.

A medida de segurança, instituto jurídico previsto no Código Penal Brasileiro, destina-se à contenção e ao tratamento de pessoas consideradas inimputáveis por apresentarem transtornos mentais à época da infração penal. Embora concebida com finalidade declaradamente terapêutica, sua execução, na prática, frequentemente se distancia desse propósito, assumindo caráter de segregação prolongada e, por vezes, indefinida de sujeitos historicamente vulnerabilizados, em sua maioria negros, pobres, analfabetos, usuários de substâncias psicoativas e marcados por processos de exclusão socioeconômica e abandono estatal.

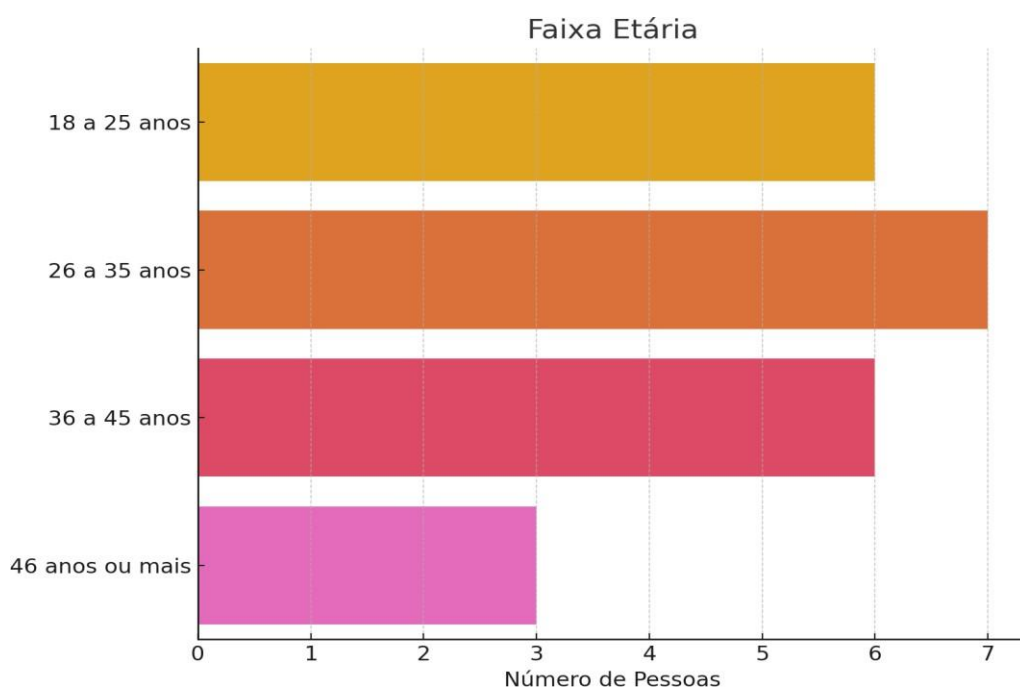
No presente trabalho, apresentam-se, a seguir, os resultados do levantamento de dados, acrescidos de representações gráficas, a fim de ilustrar, de forma mais objetiva, a profundidade da desigualdade e do abandono a que estão submetidos aqueles rotulados como “loucos infratores”.

Esse levantamento foi viabilizado a partir da análise dos autos de execução penal de cada paciente, associada a um trabalho de campo conduzido, a pedido deste pesquisador, na condição de coordenador do GTI/GMF/TO, pela assistente social da Defensoria Pública da União, Arlete Cavalcante, e pela gerente de Assistência da SECIJU, Sandra Veloso. O cruzamento das informações obtidas nos processos com os dados coletados in loco permitiu evidenciar discrepâncias significativas entre o que dispõe a legislação e a realidade institucional observada.

A pesquisa utilizou métodos quantitativos e qualitativos, combinando a análise de relatórios sociais elaborados ao longo de 2023 nas unidades que abrigavam pessoas submetidas à medida de segurança no Tocantins com informações processuais extraídas dos autos individuais. A amostra compreende 22 pessoas, e os dados foram organizados em categorias sociodemográficas, penais, temporais e clínicas, permitindo uma leitura crítica à luz dos marcos da reforma psiquiátrica, da criminologia crítica e da doutrina garantista.

A análise da faixa etária revelou que mais de 60% dos casos envolvem pessoas entre 18 e 35 anos, ou seja, indivíduos em idade produtiva que, caso tivessem recebido atenção adequada por meio de políticas públicas de saúde, educação, moradia e trabalho, possivelmente teriam construído trajetórias de vida profundamente diferentes.

Figura 51 - Levantamento – Faixa etária



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2023).

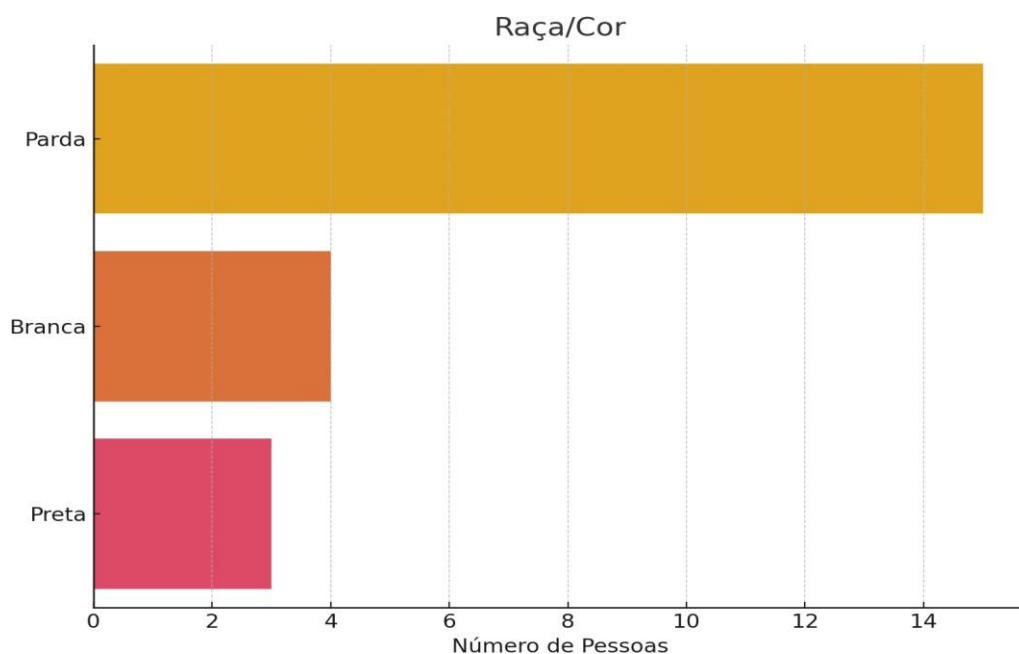
Como resultado adicional da pesquisa, verificou-se que, dos 22 indivíduos analisados, 15 se autodeclararam pardos e 3 pretos, o que corresponde a mais de 80% da amostra. Tal dado evidencia que o sistema penal-psiquiátrico brasileiro é profundamente racializado, reproduzindo, em sua lógica de funcionamento, os mesmos padrões seletivos que marcam o sistema prisional comum.

É oportuno recordar que a psiquiatria e a criminologia positivista de matriz lombrosiana, desde o final do século XIX, serviram de instrumento para os anseios da

chamada “defesa social” e para práticas preventivistas, sustentadas pela noção de “periculosidade presumida” atribuída aos chamados criminosos natos, entre os quais se incluíam aqueles considerados de “raça inferior” e as pessoas classificadas como loucas. Esse aparato teórico e normativo encontrou, historicamente, na população negra recém-liberta de um sistema escravagista, excluída do mercado de trabalho e marginalizada nos centros urbanos, seu alvo preferencial, reforçando dinâmicas de exclusão e repressão penal.

A mesma criminologia positivista que estruturou tal seletividade serviu de base para a formulação e legitimação de dispositivos do Código Penal e do Código de Processo Penal, ambos ainda vigentes e datados da década de 1940. Contudo, esse arcabouço vem sendo tensionado e relativizado por uma nova interpretação jurídica que reconhece a prevalência da legislação sanitária e da própria Constituição Federal, reforçada pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, sobre os paradigmas punitivos herdados. Trata-se de um movimento que, embora ainda em construção, aponta para a necessidade de ruptura com a lógica segregacionista historicamente enraizada nas práticas do sistema penal-psiquiátrico brasileiro.

Figura 52 - Levantamento – Raça/Cor

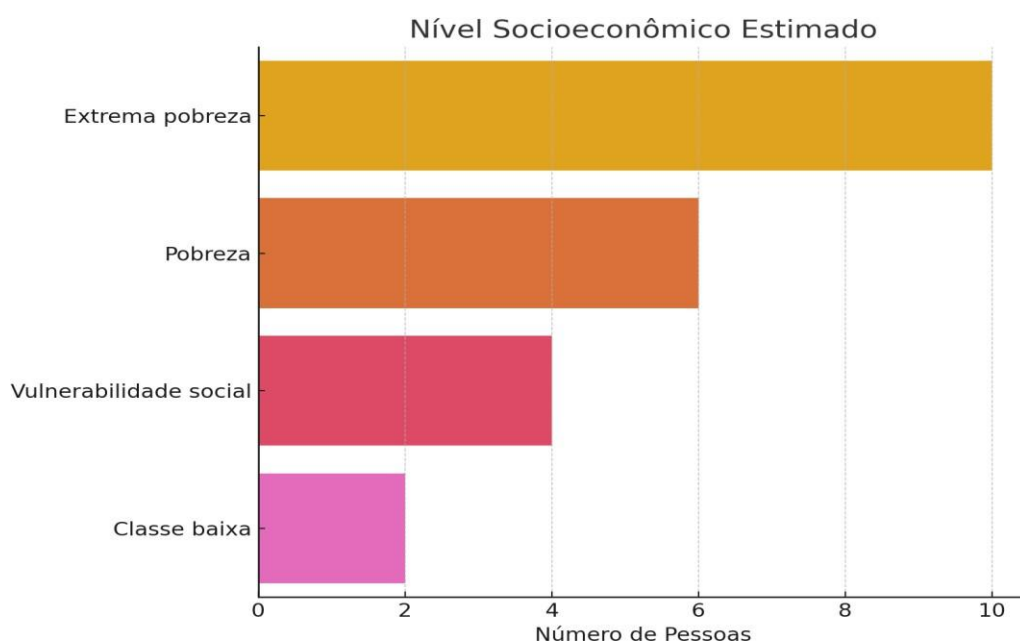


Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2023).

A análise do perfil socioeconômico dos 22 (vinte e dois) pacientes declarados inimputáveis revela que mais de 70% encontram-se em situação de pobreza extrema ou de severa vulnerabilidade social, apresentando histórico de abandono familiar, desemprego

crônico, ausência de vínculos comunitários e múltiplas institucionalizações ao longo da vida, inclusive desde a infância. Trata-se de uma constatação contundente: na prática, as medidas de segurança têm sido direcionadas, majoritariamente, à contenção de indivíduos classificados como “indesejáveis sociais”, reproduzindo dinâmicas de exclusão e marginalização sob o manto da legalidade.

Figura 53 - Levantamento – Socioeconômico Estimado



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2023).

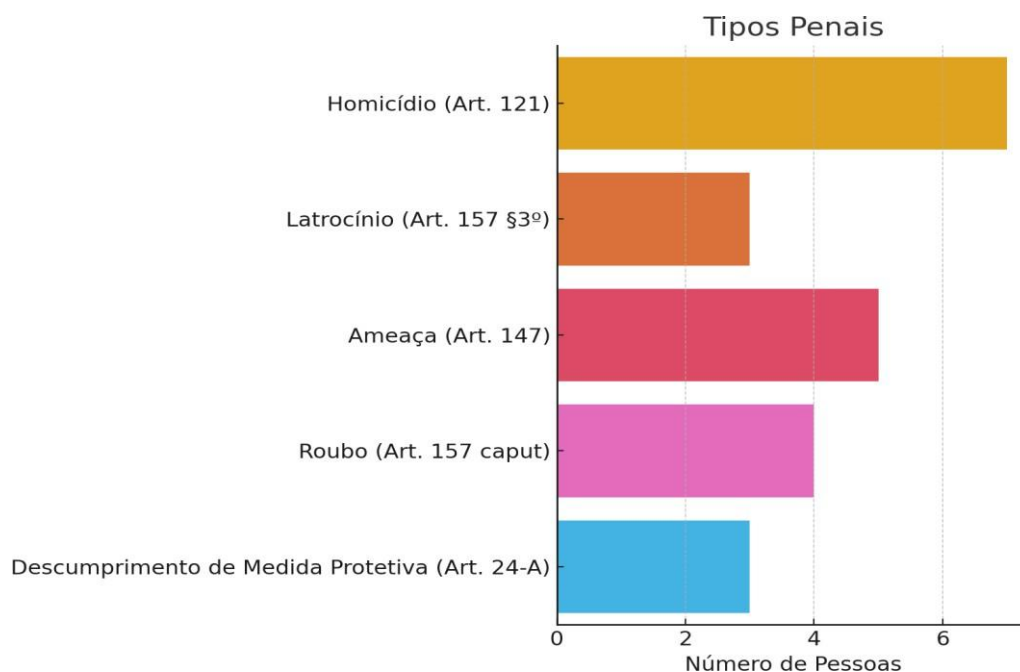
A escolaridade média verificada não ultrapassava o ensino fundamental incompleto. Os níveis de escolaridade dos internos mostraram-se alarmantemente baixos: a maioria absoluta não concluiu sequer o ensino fundamental, e uma parcela significativa é composta por pessoas analfabetas.

A educação precária constitui não apenas reflexo da desigualdade social, mas também fator que amplia a vulnerabilidade à institucionalização. A ausência de letramento compromete a compreensão dos próprios direitos e dificulta o acesso à defesa e ao cuidado qualificado. Trata-se da face educacional do encarceramento manicomial.

No aspecto das tipificações penais, a pesquisa revela a prevalência de crimes graves como homicídio e latrocínio, mas também delitos como ameaça e descumprimento de medida protetiva. Há claros elementos de surtos psicóticos ou uso de substâncias que poderiam ter sido abordados em rede, evitando a institucionalização. Os homicídios foram sete e latrocínios

3 e roubos 4. Notou-se ainda a presença expressiva de violência no âmbito intrafamiliar, sugerindo o adoecimento dentro da própria estrutura de suporte social dos sujeitos.

Figura 54 - Levantamento – Tipos Penais



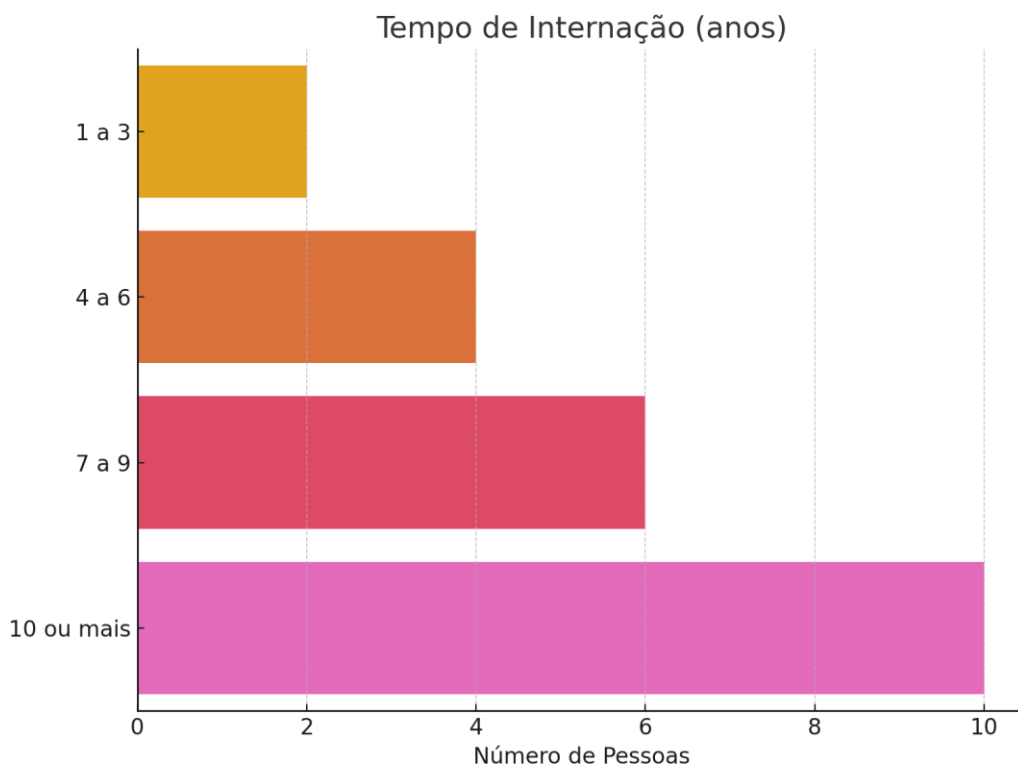
Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2023).

No aspecto referente ao tempo médio de internação, constatou-se que este ultrapassava sete anos, sendo que, em alguns casos, a permanência compulsória em celas ou alas psiquiátricas superava quinze anos, contrariando flagrantemente os princípios da desinstitucionalização e da proteção integral da pessoa com deficiência psíquica.

Havia situações em que a sentença de absolvição imprópria fixava o tempo de internação em trinta anos, ou seja, desconsiderando o fato de que, pela letra da lei penal, se deveria reavaliar a chamada periculosidade da pessoa a cada ano, nem sequer se aventando a hipótese de constatação da desnecessidade da internação ou prisão. Isso revela, na prática, que a medida de segurança não passava de uma pena aplicada no caso concreto.

Um dado assustador é que, dos 22 casos analisados, em 10 deles as pessoas estavam presas há mais de dez anos, o que representa uma verdadeira antítese do cuidado em liberdade e uma afronta direta à Lei nº 10.216/2001.

Figura 55 - Levantamento – Internação



Fonte: Poder Judiciário do Estado do Tocantins (2023).

Por outro lado, cerca de 90% dos internados apresentavam comorbidades relacionadas ao uso de substâncias psicoativas (álcool, crack, maconha, cola), sendo que tais quadros não eram acompanhados por programas terapêuticos estruturados. A ausência de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e o descaso institucional contribuem para o agravamento dos quadros e para a cronificação da exclusão. Este é um dado preocupante e merece atenção redobrada das equipes responsáveis pelo acompanhamento desses pacientes, em razão do maior risco de recidiva em práticas delituosas.

Dos 22 (vinte e dois) indivíduos internados sob medida de segurança em 2023, 14 (quatorze) foram desinternados até meados de 2024. O dado mais eloquente e contundente da presente pesquisa é que, dos 14 (quatorze) casos de desinternação, apenas 1 reincidiu, o que comprova ser um mito a suposta periculosidade inerente aos chamados “loucos infratores”, como já registrado em outra parte deste relatório.

Trata-se de um jovem com histórico severo de dependência química que, desassistido institucionalmente e sem amparo familiar, acabou reincidindo em crime de furto, muito provavelmente para manter o próprio vício. Importa destacar que, à época, a Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas de Segurança (EAP) ainda não havia sido

formalmente implantada no Tocantins, de modo que não havia suporte técnico e terapêutico que o acompanhasse no território. Este caso isolado não representa uma falha do modelo de cuidado em liberdade, mas sim a ausência de políticas públicas efetivas que o sustentassem.

A presente análise revela que o sistema de medidas de segurança tem sido, historicamente, um instrumento de criminalização da pobreza, da loucura e da dissidência, operando sob o manto da psiquiatria como dispositivo de exclusão. O único caso de reincidência dentre os 14 (quatorze) desinternados ilustra que o fracasso não é do cuidado em liberdade, mas sim da negligência estatal em prover os suportes psicossociais mínimos para a continuidade do tratamento e da vida em comunidade. Quando há equipe multiprofissional estruturada, residência terapêutica, vínculo familiar restaurado e articulação com a RAPS, a desinternação se mostra segura, eficaz e restauradora da dignidade humana.

Por fim, é possível concluir que o modelo manicomial perpetuado pelas medidas de segurança de longa duração no Tocantins encontrava-se — e ainda se encontra — em flagrante desconformidade com os avanços normativos da reforma psiquiátrica e com as diretrizes da Resolução CNJ nº 487/2023.

A prática da desinstitucionalização, quando amparada por dispositivos como as EAPs, os CAPS II e III e os serviços de residência terapêutica, com a possibilidade de suporte hospitalar em leito de hospital geral para os momentos de crise e instabilidade, revela-se não apenas possível, mas desejável e necessário.

A síntese dos dados revela um padrão perverso e reiterado: os sujeitos submetidos à medida de segurança são, em sua maioria, jovens, pobres, não brancos, com pouca ou nenhuma escolaridade, acometidos por sofrimento psíquico grave e expostos à negligência estrutural do Estado. A internação, em vez de medida excepcional e terapêutica, é convertida em mecanismo punitivo de longa duração. A substituição, portanto, do modelo manicomial por políticas de cuidado em liberdade, integradas, intersetoriais e não punitivas deve ser implantada e fortalecida imediatamente.

4.6 Estudo de casos representativos

4.6.1 Relato de Caso – Processo de Desinstitucionalização de Paciente em Medida de Segurança

Para fins de ilustração, serão mencionados casos concretos analisados durante a pesquisa, com nomes alterados ou substituídos por identificações fictícias

Caso 1 - do Jesus da Silva³

O paciente Jesus apresenta histórico de duas absolvições impróprias que culminaram na aplicação de medidas de segurança de natureza detentiva (Execução Penal n. 0011491-17.2017.8.27.2706). No primeiro processo (Processo Criminal n. 0022205-92.2012.816.0030), foi julgado pelo crime de roubo simples (art. 157, caput, do Código Penal), ocorrido em 31 de julho de 2012, quando tinha 28 anos, sendo-lhe imposta internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta deste, em outro estabelecimento adequado, pelo prazo mínimo de 10 anos.

No segundo processo (Processo Criminal n. 0005256-34.2017.8.27.2706; Incidente de Insanidade Mental n. 0009800-65.2017.8.27.2706), respondeu, aos 33 anos, por ameaça (art. 147 do Código Penal, por três vezes), em concurso material e continuidade delitiva, com incidência da agravante do art. 61, II, “a”, do Código Penal, e do art. 7º, II, da Lei Maria da Penha, tendo como vítima sua ex-companheira. Nesse feito, foi novamente submetido à medida de segurança detentiva pelo prazo mínimo de um ano.

Durante o processo de revisão de medidas promovido pelo GTI e pelo CEIMPA, com apoio da EAP-Desinst Tocantins, identificou-se que Jesus também mantinha vínculos no estado do Piauí, onde residiam seus pais. Em Araguaína, tinha a ex-esposa e dois filhos, cujos laços já estavam rompidos, sem possibilidade de reaproximação, mesmo após tentativas.

A reintegração social, contudo, encontrou resistências iniciais. Jesus manifestava forte relutância em retornar à sua cidade natal, relatando vínculos comunitários fragilizados, estigmas locais e receios específicos em relação ao município de Valença, onde se localizava o CAPS, devido a experiências passadas negativas. Apesar dessas objeções, a equipe jurídica e técnica reforçou que, por força legal e territorialidade do crime, sua medida de segurança deveria ser cumprida no Piauí, com possibilidade futura de revisão caso se consolidasse sua estabilidade clínica e social. Pelo trabalho persistente da psicóloga da Unidade Penal de Barra da Grota, Gezza [sobrenome], também mestranda da XI Turma, Jesus compreendeu que o retorno à cidade de origem seria o melhor caminho para si.

Iniciaram-se, então, as tratativas de aproximação com a família e com o sistema de saúde do município de Prata do Piauí. Sob a coordenação da CEIMPA, foram realizadas duas audiências virtuais, devidamente registradas pelo sistema YEALINK do Tribunal de Justiça, envolvendo o sistema de justiça da comarca de Prata do Piauí, a rede de saúde — incluindo a

³ Nome fictício utilizado para preservar a identidade do paciente judiciário

EAP local —, a assistência social, além de representantes da unidade prisional de Araguaína, membros da EAP do Tocantins e familiares de Jesus.

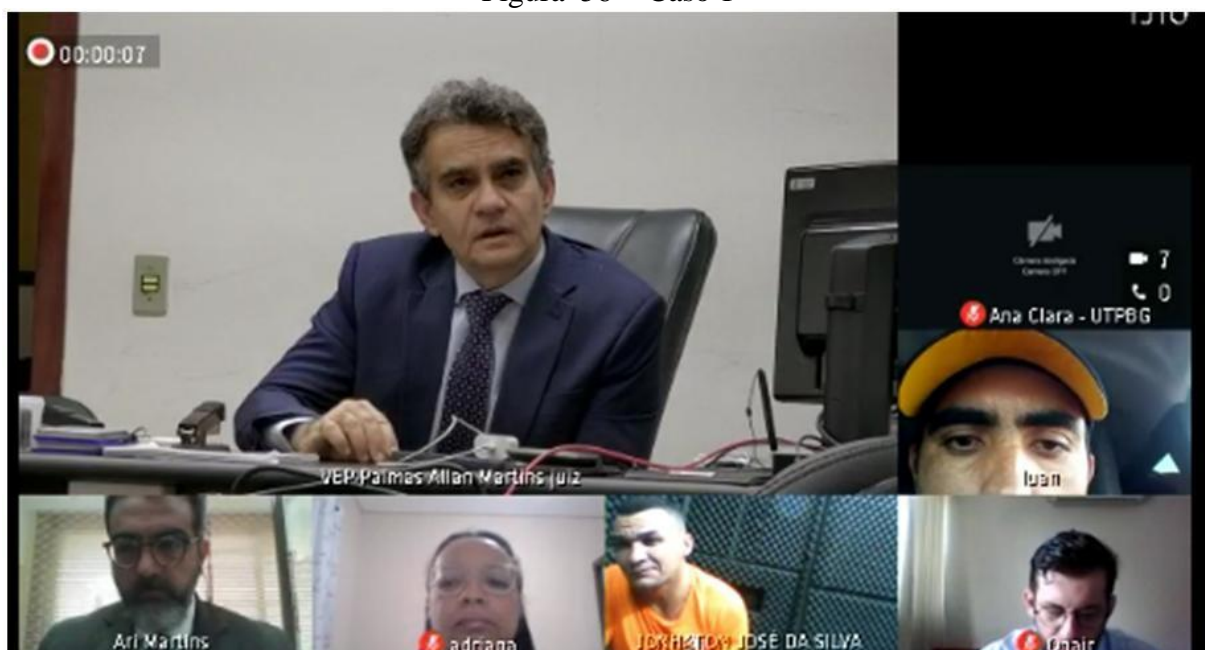
Jesus permaneceu privado de liberdade por longos períodos, alternando momentos de soltura e de recolhimento, até ser desinstitucionalizado em 25 de novembro de 2024, no município de Prata do Piauí, onde passou a residir sob acompanhamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e do Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial (CEIMPA).

O caso de Jesus foi conduzido de forma interinstitucional, articulando sistema de justiça, saúde e assistência social, com foco na aplicação da política antimanicomial e na execução humanizada da medida de segurança em meio aberto. Durante o período de privação de liberdade, esteve em unidade prisional do Tocantins, onde fazia uso diário de quatro medicamentos, sendo dois de natureza carmolítica e dois indutores do sono. A equipe técnica identificou como principal risco a descontinuidade do tratamento medicamentoso, sobretudo quando associada ao consumo de álcool e drogas, o que historicamente resultava em episódios de descompensação.

No processo de transição para a vida em liberdade, foi articulado que, em Prata do Piauí, Jesus teria acompanhamento regular pelo CAPS de referência (Valença/PI) e visitas diárias de um agente comunitário de saúde, a fim de garantir a adesão à medicação, com comunicação imediata à Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas (EAP) em caso de recusa. Além disso, discutiu-se sua inclusão no Programa “De Volta para Casa”, com bolsa mensal por dois anos, bem como a possibilidade de reinserção produtiva por meio de atividades no CRAS local e participação no Programa de Educação de Jovens e Adultos (EJA).

O caso ilustra, de forma concreta, os desafios da desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei: a necessidade de articulação intersetorial contínua, a superação de barreiras geográficas e culturais, a prevenção da reincidência, o fortalecimento das redes comunitárias e o monitoramento próximo para assegurar tanto os direitos do paciente quanto a segurança coletiva. Também evidencia que a aplicação da Resolução CNJ nº 487/2023 exige não apenas mudanças estruturais e normativas, mas, sobretudo, uma postura ativa de acolhimento, acompanhamento e mediação de conflitos, de modo a compatibilizar o tratamento em liberdade com a proteção social e jurídica.

Figura 56 - Caso 1



Fonte: TJTO⁴

Caso 2 – Divino da Silva⁵

Divino, com 40 anos à época do crime, foi sentenciado pela prática do delito tipificado no art. 121, § 2º, incisos III e IV, do Código Penal, ocorrido em 11 de outubro de 2017. Inicialmente, lhe foi imposta medida de segurança consistente em internação pelo prazo de 30 anos, a ser cumprida na ala médica da Unidade de Tratamento Penal Barra da Grota, em Araguaína/TO.

Sem referencial familiar apto a acolhê-lo — apesar de ter um pai vivo, idoso com mais de 70 anos, residente em uma pequena cidade do Bico do Papagaio, casado com uma senhora mais jovem, também com sofrimento mental, além de uma filha adolescente, todas as tentativas de reinclusão pelo serviço de apoio psicossocial mostraram-se infrutíferas, concluindo-se pela impossibilidade de retorno imediato ao lar.

O destino de Divino, como o de outros pacientes em situação semelhante, passou a ser a inserção em uma residência terapêutica, equipamento de acolhimento e tratamento previsto na Política Antimanicomial. No Tocantins, existem duas estruturas desse tipo, sendo uma localizada no município de Araguatins, onde, em 2024, articulou-se sua inclusão. Essa decisão contou com o apoio do Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial (CEIMPA), da assistente social da Defensoria Pública da União e da

⁴ Disponível em: <https://vc.tjto.jus.br/file/share/36df9167483340218dfe8320bfe036ad>. Acesso em: 10 jan. 2025.

⁵ Nome fictício atribuído para preservar a identidade do paciente.

gerente de Assistência da SECIJU, que atestaram a impossibilidade de retorno ao lar paterno em razão da idade avançada do pai e da condição de saúde mental da madrasta, também diagnosticada com transtorno mental.

Apesar do acerto inicial, a equipe da Residência Terapêutica e do CAPS de Araguatins demonstrou forte resistência em recebê-lo, alegando questões de conveniência e relacionadas à sua origem. A situação foi superada após a intervenção deste pesquisador, que sugeriu visita técnica ao presídio de Barra da Grota, permitindo que a equipe conhecesse pessoalmente o paciente e verificasse sua aptidão para o convívio comunitário.

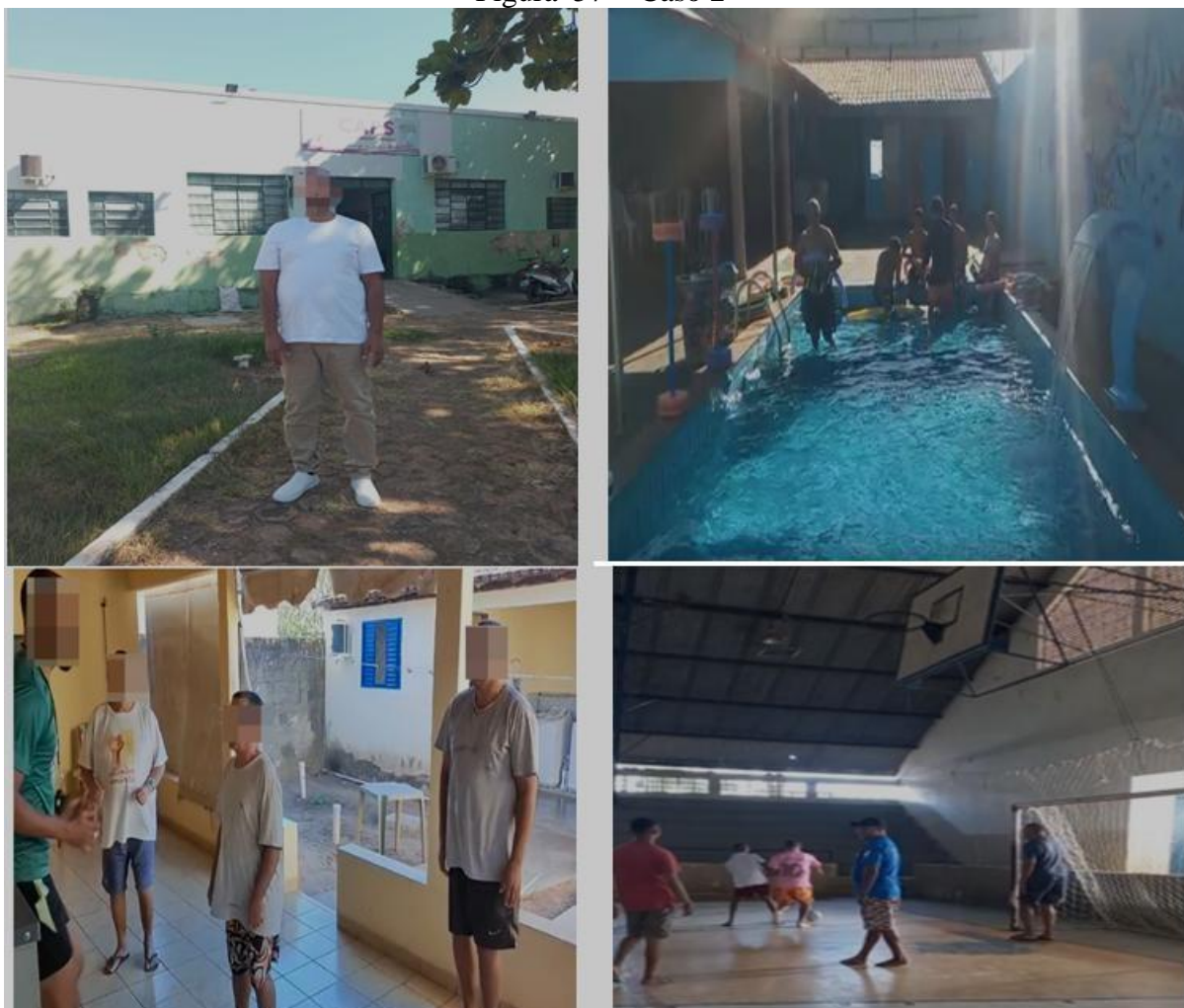
Depois de devidamente acolhido e integrado à Residência Terapêutica, em setembro de 2024, foi realizada visita in loco por este mestrando, na condição de coordenador do CEIMPA, acompanhada pela juíza criminal da comarca. Nessa ocasião, constatou-se a boa estrutura e organização da residência, bem como a dedicação dos trabalhadores, apesar das dificuldades relatadas quanto à escassez de recursos.

A partir de articulação interinstitucional e da análise técnica da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis a Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), verificou-se a desnecessidade de internação em leito psiquiátrico, sendo viável o cumprimento da medida de segurança em meio aberto, com tratamento ambulatorial e acompanhamento contínuo pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Assim, em 7 de outubro de 2024, por decisão judicial, foi determinada a substituição da medida de segurança de internação por tratamento ambulatorial, com desinternação e transferência de Divino para a Residência Terapêutica de Araguatins.

Desde então, Divino passou a receber cuidados continuados e acompanhamento especializado de acordo com seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), havendo relatos de sua plena inserção no meio comunitário local. Atualmente, participa diariamente das atividades no CAPS tipo II, frequenta aulas de hidroginástica, realiza passeios na orla da praia local junto com os demais moradores da residência, acompanhado pelos trabalhadores da unidade e do CAPS, e foi agraciado com o Benefício de Prestação Continuada (BPC), cuja perícia foi organizada pelo INSS regional em articulação com o CEIMPA, servindo os valores para custear inclusive suas despesas pessoais.

Infelizmente, seus familiares ainda não o visitaram, mesmo residindo a menos de 80 km de distância, sendo este um ponto de atenção para a EAP articular o fortalecimento desses laços por meio da rede de apoio. Trata-se de um caso paradigmático e de sucesso interinstitucional, que deverá servir de referência para os demais pacientes que ainda aguardam transferência para a residência terapêutica de Palmas.

Figura 57 - Caso 2



Fonte: Projeto Terapêutico Singular (PTS) - Araguatins (2024)

Paralelamente, tramita um pleito para que o Governo do Estado ceda o imóvel da antiga CIRETRAN, desativado há mais de 10 anos, para o funcionamento da Residência Terapêutica. Houve, nesse sentido, intervenção por ofício deste mestrando, na condição de coordenador do CEIMPA, visando apoiar o processo de doação ou de cessão do imóvel, com o objetivo de possibilitar a expansão da capacidade da Residência Terapêutica de Araguatins, que poderá passar de porte I para porte II. Tal mudança permitirá o recebimento de maiores repasses financeiros e o incremento de sua capacidade de acolhimento para até 10 pacientes.

A proposta prevê que a reforma seja financiada com recursos oriundos de prestações pecuniárias aplicadas em processos criminais, mediante transferência do fundo da Vara de Execução Penal (VEP) de Palmas para a Vara Criminal de Araguatins, em conformidade com a Resolução CNJ nº 558/2024.

Figura 58 - Futuro espaço de instalação



Fonte: Araguatins (2024)

4.7 Dificuldades e particularidades regionais na implantação da política antimanicomial no estado

A implementação da Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça no Estado do Tocantins tem enfrentado inúmeros desafios, especialmente no que diz respeito à efetivação da política antimanicomial em si e da atenção intersetorial à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

A primeira grande dificuldade foi a constituição da Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis a Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei – EAP, prevista na Portaria nº 94/2014 do Ministério da Saúde. Embora essa equipe pudesse ter sido requisitada pelas Secretarias Estaduais de Saúde desde a publicação da norma, no Tocantins sua instituição ocorreu apenas um ano e sete meses após a entrada em vigor da Resolução nº 487/2023, por meio de portaria da Secretaria Estadual de Saúde. Inicialmente, a equipe foi composta por dois médicos (um psiquiatra e um especialista), dois psicólogos, dois assistentes sociais e um enfermeiro, número até superior ao esperado. No entanto, menos de três meses após sua implantação, houve a perda de um dos médicos psiquiatras, dando início a um ciclo de substituições frequentes que têm fragilizado o funcionamento da equipe, estando hoje sem assistente social e sem enfermeiro.

Outro obstáculo importante refere-se à ausência de um coordenador formal para a EAP. Tal lacuna compromete diretamente a organização do trabalho, a definição de fluxos internos e o adequado processo de matriciamento com os serviços da Rede de Atenção

Psicossocial (RAPS), bem como a formação continuada dos profissionais da própria equipe e a difusão dos conhecimentos adquiridos junto à RAPS como um todo. Apesar de haver iniciativas pontuais de aproximação com os territórios, a ausência de coordenação tem resultado em fragilidades na comunicação e no desconhecimento, por parte das equipes locais, sobre as atribuições e finalidades da EAP.

A constituição de residências terapêuticas também enfrentou entraves significativos. Mesmo diante do interesse manifestado por municípios como Gurupi e Dianópolis, a cidade de Palmas foi indicada pelo CEIMPA como local prioritário para a instalação da primeira residência, em razão de sua maior estrutura em saúde mental, do maior número de leitos psiquiátricos em hospital geral e da presença da sede da EAP, além da futura e possível sede da Central de Medidas de Segurança, vinculada à VEP de Palmas. Após longas tratativas, em agosto de 2025, foi firmado um acordo entre Estado e Município, com a mediação do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Medidas Socioeducativas (GMF/TO), no qual o Estado comprometeu-se a custear a folha de pagamento dos profissionais da residência terapêutica, enquanto o Município de Palmas assumirá os custos operacionais, incluindo aluguel, alimentação e assistência em saúde e medicamentos para os residentes, ficando o custo da mobília do imóvel a cargo da VEP de Palmas, que deverá aprovar projeto a ser apresentado pela SEMUS, com utilização de recursos das prestações pecuniárias, conforme permite a Resolução CNJ nº 558/2024.

Outro ponto de atenção é a persistência de preconceitos e estigmas, identificada durante visitas do pesquisador e diálogos com profissionais da saúde mental e da assistência social. Inicialmente, houve resistência diante da proposta de acolhimento, por parte da RAPS, de pessoas oriundas do sistema prisional, prevista na Resolução nº 487. No entanto, à medida que se compreende que tais sujeitos são usuários como quaisquer outros, com direitos a serem garantidos, esse preconceito tende a ceder. Percebe-se reação semelhante entre operadores do direito, marcada por um temor ainda atrelado à tradição asilar e à concepção periculosista do “louco infrator”, historicamente arraigada ao imaginário institucional.

É necessário, ainda, considerar as dificuldades estruturais crônicas da política de saúde mental, entre as quais se destacam:

a) Subfinanciamento: o subfinanciamento crônico da política de saúde mental é um dos maiores entraves à consolidação de uma rede de atenção psicossocial forte, resolutiva e alinhada aos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental. Segundo parâmetros técnicos e recomendações de especialistas, o orçamento da saúde mental deveria representar aproximadamente 7% do orçamento total da saúde. No entanto, dados

históricos revelam que essa fatia nunca ultrapassou os 3% do orçamento total da saúde, com retrocessos graves entre os anos de 2016 a 2022. Essa discrepância orçamentária compromete diretamente a qualidade, o acesso e a continuidade do cuidado, inviabilizando a expansão e o fortalecimento de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas, os leitos em hospital geral e os dispositivos de reabilitação psicossocial. Sem financiamento adequado, torna-se impossível garantir equipes mínimas, profissionais especializados, estrutura física adequada, medicamentos essenciais e ações intersetoriais de reinserção social.

b) Precarização das relações de trabalho: grande parte dos profissionais dos CAPS é contratada de forma temporária, sem vínculo efetivo, ficando vulnerável a oscilações políticas e à instabilidade institucional, o que compromete a continuidade do cuidado e a construção de vínculos com os usuários. Essa realidade impacta diretamente a qualidade da atenção ofertada, uma vez que, sem vínculo estável, os trabalhadores tornam-se suscetíveis às variações políticas locais, às mudanças de gestão e à rotatividade forçada, impedindo a formação de vínculos terapêuticos sólidos com os usuários e suas famílias, elemento essencial para a efetividade do modelo psicossocial.

c) Baixos salários e escasso reconhecimento profissional, o que desestimula a permanência e o engajamento das equipes.

Os profissionais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas residências terapêuticas e em demais serviços da RAPS lidam cotidianamente com situações de alta complexidade, como o sofrimento psíquico grave, os vínculos sociais fragilizados, a violência institucional, a vulnerabilidade socioeconômica e, muitas vezes, com pacientes que enfrentam duplo estigma, no caso dos relacionados com a política antimanicomial: o do transtorno mental e o do sistema penal. Apesar disso, a remuneração recebida não condiz com a responsabilidade e a carga emocional do trabalho realizado.

Essa desvalorização afeta diretamente a qualidade da atenção prestada, pois desencadeia altos índices de rotatividade, adoecimento mental dos trabalhadores, descontinuidade nos planos terapêuticos e redução do engajamento nas atividades intersetoriais e comunitárias. Em contextos marcados por vínculos precários e salários baixos, é comum que os profissionais precisem acumular múltiplos empregos para garantir a subsistência, o que reduz sua disponibilidade física e afetiva para o trabalho em saúde mental.

d) Infraestrutura insuficiente e equipes incompletas: faltam profissionais de áreas multidisciplinares, incentivo à participação das famílias nos projetos terapêuticos, fomento à geração de trabalho e renda, bem como políticas de reinserção social, como cooperativas e o

Programa de Volta para Casa, que não é implementado em nenhum município tocantinense, apesar do número crescente de pessoas desinstitucionalizadas — atualmente 22 no total. A carência de insumos, equipamentos e medicamentos, bem como de recursos para manutenção das unidades, impacta diretamente a efetividade das ações e a dignidade do cuidado prestado.

A participação das famílias no processo terapêutico é pouco incentivada, seja pela ausência de políticas de apoio e educação em saúde, seja pela dificuldade das próprias equipes em manter espaços regulares de acolhimento, escuta e orientação aos familiares. Essa lacuna reforça o isolamento do usuário e impede que a família se torne corresponsável e protagonista no processo de reabilitação psicossocial.

Sem infraestrutura adequada, equipes completas e incentivo à participação social, o cuidado tende a se reduzir a práticas paliativas, centradas no manejo de crises, em vez de promover autonomia, cidadania e qualidade de vida.

e) Vazio assistencial: em diversas regiões do estado faltam equipamentos essenciais de saúde mental.

Na prática, esse vazio significa que há grandes áreas do território sem cobertura adequada de serviços de saúde mental, o que obriga os usuários a percorrer longas distâncias para acessar cuidados especializados ou, pior, os impede de acessar qualquer tipo de atenção contínua. Isso gera uma dependência excessiva dos CAPS localizados nas cidades-polo e acarreta superlotação, sobrecarga de equipes e centralização dos atendimentos, contrariando a lógica da territorialização e da descentralização proposta pela Reforma Psiquiátrica. A ausência de residências terapêuticas, unidades de acolhimento transitório, leitos em hospitais gerais, programas de reinserção social, consultórios na rua, serviços de atenção a usuários de álcool e outras drogas e ações efetivas na atenção primária à saúde contribui para que o cuidado à pessoa com transtorno mental seja interrompido ou fragmentado. Sem essa rede mínima, os CAPS se tornam o único ponto de apoio, o que compromete sua função reguladora e sobrecarrega sua atuação clínica e social.

f) Contratação irregular de leitos: o Estado mantém convênio com unidade que atua como clínica psiquiátrica sem habilitação formal junto ao Ministério da Saúde, sem presença de médico psiquiatra e sem articulação com o CAPS territorial, com mais de 50 internos em regime de internação prolongada.

É importante destacar que, segundo as diretrizes da Resolução nº 487, a internação psiquiátrica só deve ocorrer em hospitais gerais, por tempo determinado e sob critérios clínicos rigorosos, devendo sempre estar articulada ao Projeto Terapêutico Singular (PTS) do

paciente e supervisionada por uma equipe interdisciplinar da RAPS. A existência de internações prolongadas em instituições não fiscalizadas remete a uma lógica manicomial que a Lei nº 10.216/2001 se propôs a romper, e cuja permanência pode representar grave violação de direitos humanos.

A ausência de vínculo com a rede territorial inviabiliza a continuidade do cuidado após a alta e desresponsabiliza os municípios de origem pela atenção ao sujeito. Essa desconexão quebra o princípio da territorialidade e compromete todo o processo de desinstitucionalização, tornando a internação um fim, e não um recurso terapêutico pontual e excepcional.

g) Ausência de matriciamento contínuo entre atenção especializada e atenção básica, comprometendo a integralidade do cuidado e entre a EAP-Desinste e os demais equipamentos da RAPS.

A ausência de matriciamento dificulta o seguimento de pacientes egressos de internações ou desinstitucionalizados, que, muitas vezes, retornam aos seus municípios sem que haja um plano de cuidado construído coletivamente com a atenção básica local. Isso quebra a continuidade terapêutica e pode favorecer a cronificação do quadro clínico, a recaída ou até mesmo a reinternação, perpetuando o ciclo de exclusão.

h) Déficit de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, concentrados apenas em dois municípios, deixando a região sul do estado sem cobertura adequada. A inexistência de leitos próximos à residência do usuário compromete a articulação com a rede local, dificulta a participação da família no processo terapêutico e amplia os custos logísticos e operacionais do cuidado.

i) Déficit de residências terapêuticas, o que impediu o cumprimento do prazo previsto na Resolução nº 487 para a desinstitucionalização de todos os pacientes recolhidos em unidades prisionais do estado.

As residências terapêuticas são dispositivos fundamentais no processo de desinstitucionalização, previstas desde a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como espaços de moradia assistida e acompanhamento psicossocial voltados a pessoas com histórico de internação psiquiátrica de longa permanência, especialmente aquelas sem retaguarda familiar ou vínculos comunitários consolidados. Sua importância é reafirmada na Resolução CNJ nº 487/2023, que estabelece diretrizes para o cuidado em liberdade de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

A ausência das residências impede a desinternação de pacientes que já poderiam estar vivendo em comunidade com o apoio adequado. Isso representa uma grave violação de

direitos humanos, pois perpetua o confinamento em instituições psiquiátricas e até em presídios, mesmo nos casos em que não há mais indicação clínica para a internação. É importante destacar que a residência terapêutica não é um abrigo, nem um dispositivo de assistência social pura e simples. Trata-se de um serviço de saúde substitutivo ao hospital psiquiátrico, com equipe técnica de apoio, acompanhamento contínuo e inserção territorial.

j) Barreiras geográficas: a grande extensão territorial do Tocantins dificulta o acompanhamento individualizado dos casos pela EAP, e mesmo atrasos pontuais no cuidado podem resultar em crises agudas, com consequentes comportamentos graves que podem levar a indesejáveis reincidências. É imprescindível o desenvolvimento de estratégias que assegurem o acompanhamento contínuo, com uso de tecnologias disponíveis e articulações locais permanentes.

O modelo de cuidado proposto pela Resolução pressupõe monitoramento próximo, visitas técnicas regulares, articulação com a rede local e construção de planos terapêuticos individualizados. No entanto, considerando que há atualmente apenas uma EAP instalada em Palmas e com equipe reduzida, torna-se comprometido o acompanhamento contínuo dos casos distribuídos em todo o território estadual, o que já resultou em experiências desagradáveis e não previstas pela política. Porém, tudo faz parte de uma nova construção, sendo mais importante que errar, corrigir as falhas verificadas no caminho. As longas distâncias entre municípios, a escassez de estrutura logística (transporte, diárias, tempo de deslocamento) e a sobrecarga dos profissionais, que deveriam ter dedicação exclusiva, dificultam enormemente a efetivação do acompanhamento conforme os padrões desejáveis, merecendo atenção da SESAU para esses pontos de fragilidade.

k) Necessidade de formação permanente: os princípios da Resolução nº 487, da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e da Lei nº 10.216/2001 devem ser amplamente difundidos entre os operadores do direito, como juízes, promotores, defensores públicos e advogados, de modo a garantir o alinhamento jurídico-institucional à política de saúde mental e aos direitos humanos.

Observa-se que grande parte dos operadores do direito desconhece esses instrumentos ou não está suficientemente sensibilizada para sua aplicação prática. Essa lacuna se reflete em decisões judiciais que ainda autorizam internações desnecessárias, determinam prisões em vez de medidas de tratamento, prolongam medidas de segurança por tempo indeterminado ou impõem seu cumprimento em instituições inadequadas, em evidente descompasso com a legislação vigente.

Torna-se indispensável a inserção sistemática de conteúdos relacionados à saúde mental, direitos humanos, cuidado em liberdade e políticas públicas intersetoriais nas formações do sistema de justiça. É necessário romper com a visão de que a atuação judicial se limita à decisão isolada e técnica sobre laudos periciais, promovendo uma abordagem mais ampla, capaz de dialogar com os serviços de saúde e com as garantias constitucionais de cidadania.

Em suma, a implementação da política antimanicomial em articulação com a justiça penal exige mais do que diretrizes normativas: requer investimento, formação continuada, diálogo intersetorial constante e, sobretudo, compromisso ético com a construção de uma rede de cuidado em liberdade, baseada no respeito à dignidade e à cidadania das pessoas com sofrimento mental em conflito com a lei.

4.8 Perspectivas futuras para o tratamento jurídico-penal de pessoas com transtornos mentais no Tocantins

O tratamento jurídico-penal de pessoas com transtornos mentais no Tocantins encontra-se em um momento crucial de transição, situado entre o modelo asilar historicamente consolidado e as diretrizes contemporâneas de cuidado em liberdade preconizadas pela Lei nº 10.216/2001 e pela Resolução CNJ nº 487/2023. Embora avanços tenham sido conquistados nos últimos anos, como a criação do CEIMPA e a implantação da EAP, ainda há um caminho extenso a percorrer para que o Estado assegure plenamente os direitos fundamentais dessa população.

As perspectivas futuras para o Tocantins exigem, primeiramente, a consolidação de uma rede territorializada e intersetorial de atenção à saúde mental, capaz de absorver integralmente a demanda hoje tratada de forma fragmentada e, por vezes, inadequada no sistema prisional. O fechamento definitivo de instituições de custódia e de espaços prisionais destinados a pessoas com transtornos mentais, previsto pela Resolução nº 487/2023, impõe a necessidade de que a RAPS esteja devidamente estruturada, com residências terapêuticas, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, CAPS III, equipes multiprofissionais completas e articulação permanente com a atenção básica.

No campo jurídico, será imprescindível que magistrados, promotores, defensores públicos e advogados assimilem, de forma efetiva, os fundamentos e objetivos da política antimanicomial, superando a lógica estritamente pericial e punitivista que ainda orienta parte das decisões. Isso implica não apenas formação inicial e continuada, mas também a criação de

protocolos interinstitucionais que favoreçam o diálogo entre o sistema de justiça e os serviços da RAPS, garantindo celeridade e efetividade no cumprimento das medidas de segurança em meio aberto.

Do ponto de vista administrativo e orçamentário, a perspectiva de avanço passa pelo financiamento adequado da saúde mental, condição indispensável para a expansão e manutenção da rede. No Tocantins, onde o subfinanciamento histórico compromete a qualidade e a cobertura dos serviços, será necessária uma redefinição de prioridades no planejamento estadual de saúde e justiça, com metas específicas para a desinstitucionalização e reinserção social das pessoas em conflito com a lei que possuem transtornos mentais.

Outro eixo estratégico consiste na integração efetiva entre saúde, assistência social e justiça, por meio de fluxos de atendimento claros, pactuados e monitorados. A intersectorialidade deve deixar de ser apenas um princípio abstrato e converter-se em prática cotidiana, com o CAPS atuando como retaguarda técnica, a assistência social garantindo suporte socioeconômico e o sistema de justiça zelando pela observância dos direitos e prazos legais.

Por fim, a consolidação de um modelo humanizado e inclusivo de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei no Tocantins dependerá de uma mudança cultural profunda, que enfrente o estigma e o preconceito ainda fortemente associados à loucura e à criminalidade. Isso requer não apenas normativas e capacitações, mas também espaços permanentes de diálogo com a sociedade civil, movimentos sociais e familiares, de modo a assegurar que a política pública seja construída de forma participativa e comprometida com a diversidade humana.

O futuro do tratamento jurídico-penal dessa população no Tocantins dependerá da capacidade do Estado e de seus atores institucionais de articular vontade política, recursos materiais, conhecimento técnico e sensibilidade social. Somente assim será possível transformar o paradigma vigente, substituindo práticas excludentes por um cuidado baseado na liberdade, na dignidade e na cidadania, em consonância com os compromissos assumidos pelo Brasil no plano constitucional e internacional.

Figura 59 - Reunião – Modelo Humanizado



Fonte: Tribunal de Justiça do Tocantins (2025).

5. PROPOSTA DE UNIDADE JUDICIAL ESPECIALIZADA

Além da presente dissertação propositiva, nos termos do artigo 7º, § 3º, da Portaria Normativa da CAPES, nº 17, de 28.12.2009, a principal proposta deste mestrado profissional é a criação de uma Central de Execução de Medidas de Segurança – CEMES 4.0, que proporcionará amplo acesso, agilidade e efetividade à Justiça, além de transparência e especialização, cuja aprovação deverá se dar mediante a aprovação pelo Pleno do Tribunal de Justiça do estado do Tocantins de uma Resolução, cujo teor encontra-se no anexo deste trabalho.

A Central de Medidas de Segurança deverá adotar os princípios, com as devidas adaptações, do Programa Justiça 4.0 tem por objetivo ampliar o acesso à justiça por meio de inovações tecnológicas, contando com a colaboração de projetos que empregam inteligência artificial e outras tecnologias, a fim de conferir maior celeridade à prestação jurisdicional. Dentre as iniciativas, destacam-se a implantação do Juízo 100% Digital, do Balcão Virtual, do sistema Codex, bem como o desenvolvimento da Plataforma Digital do Poder Judiciário (CNJ, 2022, p. 19-20).

Esse movimento demonstra a preocupação do Judiciário em se abrir para novas tecnologias que promovam maior eficiência processual, em consonância tanto com o I Pacto Republicano de Estado por um Judiciário mais rápido quanto com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que orientam metas institucionais e sociais para o presente e o futuro.

A Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU) estabelece os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) como compromissos universais para a promoção de justiça social, inclusão, sustentabilidade ambiental e erradicação da pobreza. No contexto brasileiro, o Poder Judiciário assume papel estratégico na implementação e monitoramento dos ODS, sobretudo aqueles diretamente vinculados ao Estado de Direito e aos direitos humanos, como o ODS 16, que preconiza “paz, justiça e instituições eficazes”. A atuação jurisdicional orientada pelos ODS reforça a necessidade de decisões alinhadas à proteção de grupos vulneráveis, à equidade no acesso à Justiça e à efetividade dos direitos fundamentais.

Os Núcleos de Justiça 4.0, ao expandirem o alcance da jurisdição por meio da inovação tecnológica e da inclusão digital, podem ser compreendidos como instrumentos concretos para a realização da Agenda 2030 no Brasil, aproximando a função judicial dos compromissos internacionais assumidos pelo Estado brasileiro. Assim, observa-se uma articulação entre modernização judicial e promoção do desenvolvimento sustentável, em que

a eficiência não é entendida apenas como resultado processual, mas como garantia material de cidadania.

A proposta de criação da Central de Medidas de Segurança prevê atuação com competência em todo o território estadual. A Resolução a ser aprovada pelo Pleno do Tribunal de Justiça, portanto, propõe a implantação da CEMES, nos moldes da Justiça 4.0, no âmbito do Poder Judiciário do Tocantins, sediada na Vara de Execuções Penais (VEP) da Comarca de Palmas. Essa Central funcionará como um Núcleo de Justiça 4.0 especializado, com algumas adaptações, e terá competência para processar e julgar execuções de medidas de segurança nas modalidades de internação, tratamento ambulatorial e seus incidentes, até a extinção da medida.

Importa destacar que o Programa Justiça 4.0 busca aproximar o Judiciário da sociedade, garantindo serviços mais rápidos, eficazes e acessíveis. Visa, ainda, ampliar a produtividade, a celeridade, a governança e a transparência dos processos.

A atuação da CEMES ocorrerá apenas após a definição sobre a inimputabilidade ou semi-imputabilidade, cabendo inicialmente ao juízo de conhecimento o julgamento e a homologação do incidente de insanidade, bem como a decretação da absolvição imprópria, quando então deverá declinar a competência para a Central.

A justificativa para a criação da CEMES reside na necessidade de facilitar a comunicação e a integração com a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas (EAP), sediada na capital, além de aprimorar o diálogo com a RAPS, o COSEMS, o COEGEMAS e a junta médica responsável pelos laudos finais acerca da desnecessidade de continuidade da medida de segurança. Nesse modelo, não mais se utilizará a lógica do exame de cessação de periculosidade, instituto que já não se coaduna com a ordem constitucional vigente, mas sim avaliações clínicas e psicossociais voltadas ao Projeto Terapêutico Singular (PTS).

A estrutura aproveitará a da já existente Central de Execuções Penais, vinculada à VEP de Palmas, com coordenação do juiz titular da Vara, e que dispõe de pessoal e experiência para cumprir decisões e despachos relacionados às execuções penais em todo o Estado.

Como exemplo, cita-se o estado de Minas Gerais, pioneiro na matéria, que instituiu a Central de Medidas de Segurança pela Portaria Conjunta nº 1.339/PR/2022 (DJE de 23/02/2022). O Judiciário mineiro já desenvolve, desde o início da Reforma Psiquiátrica, práticas alinhadas à Lei nº 10.216/2001, como o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ, referência nacional na articulação entre Justiça e saúde mental.

No Tocantins, a proposta não implicará custos adicionais significativos para a gestão do Tribunal. Embora a CEMES seja concebida como juízo 4.0, não funcionará como Núcleo composto por três magistrados, bastando o juízo da VEP da capital para processar e julgar os processos de medidas de segurança, atualmente estimados em cerca de 150. A estrutura de pessoal será mínima: contará com uma servidora assessora da VEP e um servidor lotado na Central de Execuções Penais, ambos acumulando suas funções habituais.

A Defensoria Pública e o Ministério Público atuarão junto à CEMES nos moldes de sua atuação na VEP de Palmas, salvo decisão administrativa em contrário. Caberá à Defensoria, ainda, articular meios de atendimento às famílias e aos pacientes nos territórios, enquanto o Ministério Público exercerá sua função de fiscalização. O Balcão Virtual, o e-mail institucional, o telefone e aplicativos de mensagens servirão como canais de contato direto, reduzindo a necessidade de deslocamentos físicos. Audiências de justificação, admonitórias e de desinternação ou liberação condicional poderão ser realizadas de forma virtual.

Os processos em tramitação em outras unidades deverão ser redistribuídos para a CEMES, centralizando a gestão e o acompanhamento das execuções.

Trata-se, portanto, de medida inovadora que visa proporcionar um acompanhamento mais efetivo e especializado de todas as medidas de segurança, em consonância com a lógica de rede interinstitucional que sustenta a política de saúde mental. A CEMES buscará integrar esforços do Judiciário, da saúde e da assistência social, garantindo uniformidade procedimental, efetividade das decisões e respeito aos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Decorridos dois anos e seis meses desde a publicação da Resolução nº 487/2023 e dois anos da implantação do GTI da política antimanicomial no Estado do Tocantins, consideramos terem sido dados os passos definitivos para a desinstitucionalização de todos os pacientes judiciários que, por muito tempo, foram tratados como se não fossem sujeitos de direito. Ao mesmo tempo, consolidou-se a implantação da cultura antimanicomial no Judiciário local, o que não permitirá mais retrocessos.

A partir de agora, inaugura-se uma nova realidade, que não representa o fim, mas sim o início de um desafio ainda maior: o de garantir que as desinstitucionalizações não se tornem meras liberações das grades das celas, como ocorreu com o gesto simbólico de Pinel, no início do século XIX, ou com a experiência de desospitalização norte-americana da década de 1960. A luta contemporânea é para que o cuidado em liberdade seja pleno, que a saúde seja respeitada em sua integralidade, que os direitos fundamentais sejam efetivamente garantidos a este público e que sua cidadania seja assegurada em condições de isonomia, apesar das diferenças. Essas pessoas são merecedoras de cuidado, de modo que as barreiras impostas pela deficiência mental não lhes impeçam de viver com dignidade, autonomia e respeito.

A persistência do conceito de periculosidade no sistema penal brasileiro gera uma “incoerência axiológica”, pois o direito punitivo continua a desconfiar da loucura, promovendo sua exclusão em nome da defesa social, centrada na ideia de periculosidade presumida. A medida de segurança, ao ser indeterminada e não vinculada à culpabilidade, pode se tornar mais grave do que a própria pena, resultando em privação de direitos por tempo indefinido, mesmo após a cessação da periculosidade. Essa prática de confinamento e a avaliação subjetiva da cessação violam frontalmente o direito à liberdade e à dignidade. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) é categórica ao afirmar que a mera existência de deficiência não justifica a privação de liberdade.

Diante desse cenário, o Judiciário é desafiado a reconstruir seus fundamentos epistemológicos, procedimentais e éticos, o que implica:

- a) afastar práticas incompatíveis com o modelo social;
- b) abandonar o conceito de periculosidade como fundamento da medida de segurança, reconhecendo o indivíduo com transtorno mental como sujeito de direitos com capacidade e autonomia;

c) assegurar que as medidas de segurança, quando aplicadas, sejam limitadas temporalmente e priorizem o tratamento em meio aberto e a reintegração social, conforme a Lei nº 10.216/2001;

d) garantir a plena e efetiva participação e inclusão social das pessoas com deficiência e transtorno mental, em conformidade com os princípios da CDPD;

e) monitorar e fiscalizar as instituições de saúde mental para assegurar o respeito aos direitos humanos, coibindo práticas de tortura, tratamentos degradantes e institucionalizações desnecessárias;

f) capacitar os profissionais do sistema de justiça (incluindo polícia e funcionários penitenciários) para atuarem em conformidade com o novo paradigma, reconhecendo a diversidade e eliminando preconceitos.

Somente ao alinhar suas ações e decisões aos princípios da CDPD e da Lei da Reforma Psiquiátrica — que priorizam a dignidade, a autonomia e a inclusão social — o Judiciário poderá assegurar que o respeito à dignidade humana não seja mera retórica, mas uma realidade concreta para todas as pessoas, inclusive aquelas com deficiência e transtorno mental.

Dentre os desafios superados, destacam-se:

a) a constituição do CEIMPA, realizada com êxito. Este órgão, de caráter permanente, cumpre a relevante missão de discutir a saúde mental voltada às pessoas inimputáveis em conflito com a lei penal, propor soluções, fiscalizar o cumprimento das medidas de segurança em meio aberto e promover debates científicos que elevem o conhecimento dos atores responsáveis pela política de saúde mental no Estado;

b) a desinstitucionalização completa de 14 pacientes judiciários e o fechamento da porta de entrada em todas as unidades prisionais do Tocantins, excetuando-se os casos ainda dependentes de vaga em residência terapêutica e aqueles cujo incidente de insanidade mental ainda não foi julgado;

c) a constituição da EAP-Desinst, em funcionamento no Estado desde julho de 2024;

d) o compromisso firmado pelo Município de Palmas para a abertura de uma residência terapêutica destinada a acolher os oito remanescentes que ainda se encontram em presídios ou em outras unidades de saúde, conforme termo de compromisso assinado em 1º de agosto de 2025 entre o Poder Judiciário, a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de Palmas. Tal instrumento deve ser considerado também um produto técnico deste mestrado profissional, já que articulado a partir da coordenação do CEIMPA/GMF-TO, presidido por este pesquisador. Importa registrar que o maior gargalo

nacional para o fechamento dos manicômios judiciais é justamente a inexistência de vagas em residências terapêuticas, razão pela qual este avanço deve ser comemorado, fruto de múltiplas reuniões, acertos técnicos e políticos e do envolvimento de diversos profissionais até se concretizar a abertura do primeiro equipamento desse tipo na capital do Estado;

e) o encaminhamento da resolução que prevê a criação da Central de Medidas de Segurança (CEMES) no Tocantins, com competência estadual e natureza de núcleo de Justiça 4.0, a funcionar junto à VEP de Palmas;

f) o reconhecimento de que os desafios ainda existentes concentram-se no funcionamento da RAPS. Como ensina Rotelli, desinstitucionalizar não é apenas desospitalizar ou desencarcerar. O cuidado em saúde mental vai além: implica garantir uma rede efetiva, integrada e resolutiva. O CEIMPA e a EAP, nesse sentido, são instrumentos estratégicos para iluminar as deficiências do sistema. O Ministério Público, por sua vez, terá papel fundamental na fiscalização dessa política pública, frequentemente negligenciada no aspecto orçamentário, o que compromete a assistência, precariza o trabalho e enfraquece os equipamentos da RAPS;

g) a inclusão do CEIMPA nas discussões nacionais, por meio do CONIMPA, coordenado pelo DMF/CNJ, que contará com a participação de ministérios e órgãos federais, possibilitando levar às instâncias nacionais as fragilidades da saúde mental no Tocantins.

Ao concluir nota-se a importância da ampliação discursiva sobre essa realidade além do estado do Tocantins.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA PÚBLICA. **O Estado financia a fé:** como o governo federal repassou R\$ 90 milhões para comunidades terapêuticas religiosas. 2019.

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010a.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente:** outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 4. reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010b.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial.** 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** 5. reimp. Rio de Janeiro: UERJ, 2014.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo H. Guimarães. “De volta à cidade, sr. cidadão!”: reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista de Administração Pública*, v. 52, n. 6, nov./dez. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220170130>. Acesso em: 2 ago. 2025.

BACCARI, Ivana Oliveira Preto; CAMPOS-ONOCKO, Rosana Tereza; STEFANELLO, Sabrina. Recovery: revisão sistemática de um conceito. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 1, jan. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.04662013>. Acesso em: 21 abr. 2025.

BARDI, Giovanna; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. Comunidades terapêuticas religiosas: entre a salvação pela fé e a negação dos seus princípios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, abr. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.05152021>. Acesso em: 12 jul. 2025.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada:** relato de um hospital psiquiátrico. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASAGLIA, Franco. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Org.: Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BECCARIA, Cesare. **Dos delitos e das penas.** Ed. eletrônica Ridendo Castigat Mores. 1764. Disponível em: www.jahr.org. Acesso em: 15 dez. 2024.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Código Penal. Brasília, 1940.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 40, de 15 de fevereiro de 1991.** Promulga a Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes. Brasília, 1991.

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*, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 8 ago. 2025.

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

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 225, de 31 de maio de 2016**. Brasília, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 300, de 13 de outubro de 2019**. Brasília, 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023**. Dispõe sobre a política antimanicomial do Poder Judiciário. *Diário da Justiça Eletrônico*, Brasília, DF, 16 fev. 2023. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4657>. Acesso em: 8 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministra Nísia Trindade anuncia nova fase do PAC com quase 6 bilhões em investimentos**. 2023. Disponível em: www.gov.br. Acesso em: 3 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Novo PAC Saúde inclui mais 13,4 milhões de pessoas na Rede de Saúde Mental do SUS**. 2024. Disponível em: www.gov.br. Acesso em: 3 jun. 2025.

CAMPOS-ONOCKO, Tereza. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 11, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00156119>. Acesso em: 20 abr. 2025.

CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

CEBRAP; CONECTAS. **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras**. São Paulo: Cebap/Conectas, 2022. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Manual de algemas e outros instrumentos de contenção em audiências judiciais**. Brasília: CNJ, 2022.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 23ª REGIÃO (CRP-23). **Vencedores da I Mostra Nacional de Práticas Profissionais da Etapa Regional**. 30 jun. 2025. Disponível em: <https://www.crp23.org.br/noticia/vencedores-da-i-mostra-nacional-de-praticas-profissionais-da-etapa-regional-crp-23>. Acesso em: 16 ago. 2025.

COSTA, Jurandir Freire. **O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista de Estudos Feministas*, v. 10, n. 1, p. 177-192, 2002.

DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO (DPU). **Parceria busca benefícios para internos alcançados por Política Antimanicomial no TO**. 19 out. 2023. Disponível em: <https://www.dpu.def.br/noticias-tocantins/66-noticias-to-geral/77394-parceria-busca-beneficios-para-internos-alcancados-por-politica-antimanicomial-no-to>. Acesso em: 16 ago. 2025.

DE MATTOS, Virgílio. **Crime e psiquiatria**: uma saída. Preliminares para a desconstrução das medidas de segurança. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

DE SOUZA, Barbara L. Tiradentes; SCHRAPPE, Allana C. Marques. Justiça restaurativa em casos que envolvem pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial. **Revista Judiciária do Paraná**, n. 32, dez. 2024/fev. 2025.

DESVIAT, Manuel. **Reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: Letras Livres/UnB, 2013.

FEITOSA, Juliana Biazze *et al.* **Fortalecimento da política antimanicomial no Poder Judiciário do Estado do Tocantins**: um relato de extensão universitária. Palmas: Conselho Regional de Psicologia da 23ª Região (CRP-23), 2024. Disponível em: <http://www.crp23.org.br/>. Acesso em: 8 ago. 2025.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Loucura, linguagem, literatura**. São Paulo: Ubu, 2024.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2025.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 38. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

FERRAJOLI, Luigi. **Direito e razão**: teoria do garantismo penal. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

GOULART, Maria Stella Brandão. Basaglia e a reabilitação social. In: GOULART, Maria Stella Brandão (org.). **Reabilitar: uma perspectiva basagliana**. Porto Alegre: RedeUnida, 2024.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Perfil das comunidades terapêuticas no Brasil**. Nota Técnica nº 21. Brasília: Ipea, 2017. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf. Acesso em: 12 jul. 2025.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, v. 5, n. 1, mar. 2004. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80889/84516>. Acesso em: 8 abr. 2019.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **O direito penal da loucura**. Salvador: JusPodivm, 2016.

LOMBROSO, Cesare. **O homem delinquente**. São Paulo: Ícone, 2010.

MATTOS, Virgílio de. **Crime e psiquiatria: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança**. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (MPF). Procuradoria Federal de Direitos Humanos. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001**. Brasília, 2011.

NUNES, Mônica de Oliveira; LIMA JÚNIOR, João Mendes de. Reforma e contra-reforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>. Acesso em: 21 abr. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção contra a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes**. Nova Iorque, 1984.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência**. Nova Iorque, 13 dez. 2006. Ratificada pelo Brasil com status constitucional em 2008. Disponível em: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Nova Iorque: ONU, 2015.

PACELLI, Eugênio. **Curso de processo penal**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2024.

PIOVESAN, Flávia. Convenção da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência: inovações, alcance e impacto. In: FERRAZ, Carolina Valença; LEITE, George Salomão; LEITE, Glauber Salomão; LEITE, Glauco Salomão (coord.). **Manual dos direitos das pessoas com deficiência**. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e justiça**. São Paulo: Max Limonad, 2006.

PITTA, Ana Maria Fernandes. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 19-26.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Reabilitação psicossocial e cidadania: o lugar da utopia. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA. **I seminário de saúde mental e política antimanicomial acontecerá nos dias 17 e 18 de março**. 16 mar. 2025. Disponível em: <https://www.tjrr.jus.br/index.php/noticias/19151-i-seminario-de-saude-mental-e-politica-antimanicomial-acontecera-nos-dias-17-e-18-de-marco>. Acesso em: 16 ago. 2025.

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA. **TJRR promove I seminário de política antimanicomial**. 15 mar. 2025. Disponível em: <https://www.tjrr.jus.br/index.php/noticias/19166-tjrr-promove-i-seminario-de-politica-antimanicomial>. Acesso em: 16 ago. 2025.

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA. **Política antimanicomial:** TJRR debate saúde mental e firma acordo de cooperação técnica para políticas públicas humanizadas. 19 mar. 2025. Disponível em: <https://www.tjrr.jus.br/index.php/noticias-gmf/19201-politica-antimanicomial-tjrr-debate-sau-de-mental-e-firma-acordo-cooperac-a-o-te-cnica-para-poli-ticas-pu-blicas-humanizadas-2>. Acesso em: 16 ago. 2025.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. Desinstitucionalização: uma outra via. In: NICÁCIO, Fernanda (org.). *Desinstitucionalização*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2019.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Osvaldo; MAURI, Danilo. **Desinstitucionalização**. Org. Fernanda Nicácio. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2019.

SALGADO, Karine de Souza. **A filosofia da dignidade humana:** por que a essência não chegou a conceito? 2. ed. Belo Horizonte: Mandamentos, 2011.

SALGADO, Karine de Souza. Dignidade humana e acesso à justiça. **Revista da Escola Superior da Magistratura Tocantinense**, v. 15, n. 22, 2023.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO TOCANTINS (SESAU). **Planos de ação regional da Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Saúde do Estado, na Macrorregião Sul e Norte**. 2022. Disponível em: <https://www.to.gov.br/saude/planos-de-acao-regional/3bemfv91pyj4>. Acesso em: 4 mar. 2025.

SILVA, Haroldo Caetano da. **Loucos por liberdade:** direito penal e loucura. Goiânia: Escolar, 2019.

SILVA, Haroldo Caetano da. Medida de segurança: uma sanção incompatível com o Estado de Direito. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, São Paulo: Revista dos Tribunais, v. 97, p. 107-124, 2012.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO TOCANTINS. **Ações da Equipe de Atenção Primária são apresentadas durante reunião do Grupo de Trabalho em Saúde Mental**. 2 ago. 2024. Disponível em: <https://www.tjto.jus.br/comunicacao/noticias/equipe-multiprofissional-para-acompanhar-pessoas-com-transtornos-mentais-e-implementada-e-atuacao-do-primeiro-mes-e-apresentada-em-reuniao-gti-em-saude-mental-do-judiciario?highlight=>. Acesso em: 16 ago. 2025.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO TOCANTINS. **Articulação do TJTO viabiliza acordo para implantação de serviço residencial terapêutico em Palmas**. 4 ago. 2025. Disponível em: <https://www.tjto.jus.br/comunicacao/noticias/articulacao-do-tjto-viabiliza-acordo-para-implantacao-de-servico-residencial-terapeutico-em-palmas>. Acesso em: 16 ago. 2025.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO TOCANTINS. **Comitê discute necessidade de fluxos de atendimento nas redes de atenção psicossocial para pessoas com transtorno mental em conflito com a lei**. 26 fev. 2025. Disponível em: <https://www.tjto.jus.br/comunicacao/noticias/comite-discute-necessidade-de-fluxos-de-atendimento-nas-redes-de-atencao-psicossocial-para-pessoas-com-transtorno-mental-em-conflito-com-a-lei>. Acesso em: 16 ago. 2025.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO TOCANTINS. **Comitê interinstitucional de monitoramento realiza primeira reunião de 2025 sobre política antimanicomial.** 29 jan. 2025. Disponível em: <https://www.tjto.jus.br/comunicacao/noticias/comite-interinstitucional-de-monitoramento-realiza-primeira-reuniao-de-2025-sobre-politica-antimanicomial>. Acesso em: 16 ago. 2025.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO TOCANTINS. **Em reunião, Grupo de Trabalho Interinstitucional em Saúde Mental do TJTO discute implantação de residência terapêutica para pessoas em conflito com a lei e criação da EAP do Tocantins.** 27 jun. 2024. Disponível em: <https://www.tjto.jus.br/comunicacao/noticias/gti-em-saude-mental-do-tjto-dicute-implantacao-de-residencia-terapeutica-para-pessoas-em-conflito-com-a-lei-e-criacao-da-eap-tocantins>. Acesso em: 16 ago. 2025.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO TOCANTINS. **Inscrições abertas para Formação inicial de profissionais para a implantação da Política Antimanicomial no Sistema de Justiça no Estado do Tocantins.** 9 jul. 2024. Disponível em: <https://esmat.tjto.jus.br/portal/index.php/cursos-e-eventos/cursos/7041-inscricoes-abertas-para-formacao-inicial-de-profissionais-para-a-implantacao-da-politica-antimanicomial-no-sistema-de-justica-no-estado-do-tocantins>. Acesso em: 16 ago. 2025.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO TOCANTINS. **Judiciário do Tocantins se une a outras instituições para implementar política antimanicomial no Estado e garantir dignidade a pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.** 28 ago. 2024. Disponível em: <https://www.tjto.jus.br/comunicacao/noticias/judiciario-do-tocantins-se-une-a-outras-instituicoes-para-implementar-politica-antimanicomial-no-estado-e-garantir-dignidade-a-pessoas-com-transtorno-mental-em-conflito-com-a-lei>. Acesso em: 16 ago. 2025.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO TOCANTINS. **Judiciário e Executivo avançam na implantação de residência terapêutica em Palmas.** 27 jun. 2025. Disponível em: <https://www.tjto.jus.br/comunicacao/noticias/judiciario-e-executivo-avancam-na-implantacao-de-residencia-terapeutica-em-palmas>. Acesso em: 16 ago. 2025.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO TOCANTINS. **Poder Judiciário busca alternativas para implementação da Política Antimanicomial.** 30 nov. 2023. Disponível em: <https://www.tjto.jus.br/comunicacao/noticias/poder-judiciario-busca-alternativas-para-implantacao-da-politica-antimanicomial>. Acesso em: 16 ago. 2025.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO TOCANTINS. **Poder Judiciário discute estratégias para fortalecer rede de apoio à saúde mental em reunião do Comitê Estadual de Política Antimanicomial.** 8 abr. 2025. Disponível em: <https://www.tjto.jus.br/comunicacao/noticias/poder-judiciario-discute-estrategias-para-fortalecer-rede-de-apoio-a-saude-mental-em-reuniao-do-comite-estadual-de-politica-antimanicomial>. Acesso em: 16 ago. 2025.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO TOCANTINS. **Política antimanicomial avança no âmbito do Poder Judiciário após segunda reunião do Grupo de Trabalho Interinstitucional da Saúde Mental.** 22 set. 2023. Disponível em: <https://www.tjto.jus.br/comunicacao/noticias/politica-antimanicomial-avanca-no-ambito-do-poder-judiciario-apos-segunda-reuniao-do-grupo-de-trabalho-interinstitucional-da-saude-mental>. Acesso em: 15 ago. 2025.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO TOCANTINS. **Política antimanicomial do Poder Judiciário é apresentada a gestores de assistência social em reunião da Comissão Intergestores Bipartite do Tocantins.** 18 out. 2023. Disponível em: <https://www.tjto.jus.br/comunicacao/noticias/politica-antimanicomial-do-poder-judiciario-e-apresentada-a-gestores-de-assistencia-social-em-reuniao-da-comissao-intergestores-bipartite-do-tocantins>. Acesso em: 16 ago. 2025.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO TOCANTINS. Ressocialização com dignidade e autonomia foi a tônica da 5ª reunião do Grupo de Trabalho Interinstitucional em Saúde Mental do Poder Judiciário. 20 nov. 2023. Disponível em: <https://www.tjto.jus.br/comunicacao/noticias/ressocializacao-com-dignidade-e-autonomia-foi-a-tonica-da-5-reuniao-do-grupo-de-trabalho-interinstitucional-em-saude-mental-do-poder-judiciario>. Acesso em: 15 ago. 2025.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO TOCANTINS. **Reunião do CEIMPA discute casos de desinstitucionalização e plano de ação antimanicomial para o Tocantins.** 8 maio 2025. Disponível em: <https://www.tjto.jus.br/comunicacao/noticias/reuniao-do-ceimpa-discute-casos-de-desinstitucionalizacao-e-plano-de-acao-antimanicomial-para-o-tocantins>. Acesso em: 16 ago. 2025.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO TOCANTINS. **Reunião do Grupo de Trabalho Interinstitucional em Saúde Mental discute plano de desinstitucionalização de pacientes judiciários e proposta de capacitação.** 29 maio 2024. Disponível em: <https://www.tjto.jus.br/comunicacao/noticias/desinstitucionalizacao-de-pacientes-judiciarios-com-algum-transtorno-psiquico-e-pauta-de-reuniao-grupo-de-trabalho-interinstitucional-em-saude-mental?highlight=>. Acesso em: 15 ago. 2025.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO TOCANTINS. **Terceira reunião do CEIMPA/TO debate avanços e desafios na implementação da política antimanicomial.** 27 nov. 2024. Disponível em: <https://www.tjto.jus.br/comunicacao/noticias/terceira-reuniao-do-ceimpa-to-debate-avancos-e-desafios-na-implementacao-da-politica-antimanicomial>. Acesso em: 16 ago. 2025.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO TOCANTINS. **TJTO discute com CNJ e instituições parceiras cumprimento da política antimanicomial no Tocantins.** 26 abr. 2024. Disponível em: <https://www.tjto.jus.br/comunicacao/noticias/tjto-discute-com-cnj-e-instituicoes-parceiras-cumprimento-da-politica-antimanicomial-no-tocantins>. Acesso em: 16 ago. 2025.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO TOCANTINS. Última reunião do CEIMPA/TO de 2024 debate avanços e desafios na política antimanicomial. 11 dez. 2024. Disponível em: <https://www.tjto.jus.br/comunicacao/noticias/ultima-reuniao-do-ceimpa-to-de-2024-debate-avancos-e-desafios-na-politica-antimanicomial>. Acesso em: 16 ago. 2025.

VENTURINI, Ernesto. **Desinstitucionalização:** uma outra via. São Paulo: Hucitec, 2016.

ZEHR, Howard. **Trocando as lentes:** um novo foco sobre o crime e a justiça restaurativa. Tradução de Tania Van Acker. São Paulo: Palas Athena, 2008.

APÊNDICES

MINUTA DE RESOLUÇÃO Nº XX, de DIA de MÊS de 2025

Dispõe sobre a implantação e o funcionamento da Central de Execução de Medidas de Segurança 4.0 – CEMES e estabelece outras providências.

O TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO TOCANTINS, pelo seu Tribunal Pleno, no uso de suas atribuições legais e regimentais,

CONSIDERANDO que o art. 96, I, "a", da Constituição da República, admite a alteração da competência dos órgãos do Poder Judiciário por deliberação dos Tribunais;

CONSIDERANDO o disposto nos arts. 19, inciso II, e 24, §14, ambos da Lei Complementar nº 10, de 11 de janeiro de 1996 (Lei Orgânica do Poder Judiciário do Estado do Tocantins), que autoriza o Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins, por seu Órgão Plenário, editar Resolução para tratar da classificação, reclassificação, instalação, desinstalação, reunião, agregação, integração, transferência de sede, da vara ou da comarca, elevação e o rebaixamento de comarca;

CONSIDERANDO que a execução da Estratégia Nacional do Poder Judiciário prevista para o sexênio 2021-2026 consistirá na implementação de políticas judiciárias nacionais e de programas, projetos e ações dos órgãos do referido Poder, nos termos do que dispõe o art. 7º da Resolução do Conselho Nacional de Justiça - CNJ nº 325, de 29 de junho de 2020;

CONSIDERANDO os termos da Resolução do CNJ nº 385, de 6 de abril de 2021, que dispõe sobre a criação dos "Núcleos de Justiça 4.0", e da Resolução CNJ nº 345, de 9 de outubro de 2020, que dispõe sobre o "Juízo 100% Digital";

CONSIDERANDO a implementação da plataforma de atendimento por videoconferência denominada "Balcão Virtual", regulamentada pela Resolução do CNJ nº 372, de 12 de fevereiro de 2021;

CONSIDERANDO o teor da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que "dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental";

CONSIDERANDO o disposto no art. 14.1, "b", do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, que "promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007";

CONSIDERANDO os termos da Recomendação do CNJ nº 35, de 27 de fevereiro de 2009, que “dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e à execução da medida de segurança”;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução do CNJ nº 223, de 27 de maio de 2016, que institui o Sistema Eletrônico Unificado - SEEU como sistema de processamento de informações e prática de atos processuais relativos à execução penal e dá outras providências;

CONSIDERANDO o disposto na Portaria Conjunta nº 857, de 24 de abril de 2019, que Regulamenta o Sistema Eletrônico de Execução Unificado (SEEU) no âmbito do Poder Judiciário do Estado do Tocantins e dá outras providências;

CONSIDERANDO a necessidade de afirmação de uma política de atenção ao paciente judiciário por meio da prestação jurisdicional célere, qualificada e alinhada à política antimanicomial;

CONSIDERANDO a necessidade de aperfeiçoar as medidas que assegurem a redução das taxas de congestionamento processual e a agilidade na entrega da prestação jurisdicional nas unidades judiciárias da Justiça de Primeira Instância,

RESOLVE:

Art. 1º Fica implantada a Central de Cumprimento de Medidas de Segurança 4.0 - CEMES do Poder Judiciário do Estado do Tocantins, com sede em Palmas, na modalidade Núcleo de Justiça 4.0 especializado, com competência para o processamento e julgamento das execuções de medidas de segurança na modalidade de internação e seus incidentes, em tramitação em todas as unidades judiciárias da Justiça Comum do Estado do Tocantins.

Art. 2º Designar a Vara de Execuções Penais da Comarca de Palmas para sediar a Central de Cumprimento de Medidas de Segurança 4.0 - CEMES do Poder Judiciário do Estado do Tocantins.

§ 1º A Vara de Execuções Penais da Comarca de Palmas designada é considerada especializada em razão da matéria e terá jurisdição em todo o Estado do Tocantins, qualquer que seja o meio, modo ou local de execução dos crimes.

§ 2º Os processos de execução de medidas de segurança e seus incidentes tramitarão na CEMES, por meio do Sistema Eletrônico de Execução Unificado - SEEU, na unidade da Vara de Execuções Penais da Comarca de Palmas, em conformidade com as diretrizes do Núcleo de Justiça 4.0 e do "Juízo 100% Digital", observado o disposto na Lei federal nº 11.419, de 19 de dezembro de 2006, e em outros regulamentos próprios do Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins - TJTO.

§ 3º O atendimento das partes e dos advogados observará o disposto na Resolução do Conselho Nacional de Justiça - CNJ nº 345, de 2020, priorizando-se o uso do "Balcão Virtual, sem prejuízo de sua realização por outros meios eletrônicos, como email, telefone ou aplicativo de mensagens instantâneas, chamadas de vídeo ou de voz.

§ 4º O magistrado que exercer jurisdição na Vara de Execuções Penais da Comarca de Palmas deverá realizar o atendimento dos advogados mediante agendamento prévio, cuja solicitação será formulada através do sistema "Balcão Virtual", devendo ser priorizados os atendimentos de urgência.

§ 5º A Central de Cumprimento de Medidas de Segurança 4.0 - CEMES poderá oferecer apoio para a prática dos atos necessários em incidente de insanidade mental cumulada com medida cautelar de internação determinada em processo de conhecimento em que o réu se encontre internado provisoriamente.

Art. 3º A Vara de Execuções Penais da Comarca de Palmas designada manterá a sua atual competência administrativa e jurisdicional.

§ 1º Serão redistribuídos para a Vara de Execuções Penais da Comarca de Palmas os processos que versem sobre execuções de medidas de segurança e seus incidentes, descritos no artigo 1º, que tramitem nas demais unidades judiciárias da Justiça Comum primeiro grau do Estado do Tocantins ou que sejam por elas recebidos.

§ 2º Considerar-se-ão válidas as decisões e medidas adotadas pelo juízo em que o processo tramitava antes da redistribuição de que trata o parágrafo precedente, salvo decisão em sentido contrário do juízo da Vara de Execuções Penais da Comarca de Palmas.

§ 3º Todos os documentos destinados à Vara de Execuções Penais da Comarca de Palmas designada serão entregues ou remetidos diretamente pelas demais unidades, observando-se as cautelas de sigilo, vedado o recebimento por outras Varas.

Art. 4º Os procedimentos relativos à distribuição, redistribuição e vinculação de autos eletrônicos de execução de medida de segurança afetos à CEMES, bem como o cronograma de implantação, serão regulamentados por Provimento da Corregedoria-Geral de Justiça.

Art. 5º Para o funcionamento da CEMES, a Presidência do Tribunal de Justiça designará um servidor já lotado na Central EXE CP para manter a regularidade da prestação jurisdicional, sem prejuízo das demais funções a si atribuídas.

Art. 6º Na hipótese de a CEMES receber autos de execução de medida de segurança relativa a indivíduo que também tenha execução penal em trâmite em qualquer das comarcas do Estado do Tocantins, havendo elementos de que o executado é pessoa que necessita de cuidados em saúde mental, eventualmente caracterizada a hipótese do art. 183 da Lei de Execução Penal -

LEP, a Central solicitará o envio da execução penal, no prazo de 5 (cinco) dias, para que seja apreciada a hipótese de substituição da pena por medida de segurança, com sua posterior unificação. Parágrafo único. Caso não se verifique a hipótese de substituição da pena por medida de segurança, o juiz da CEMES devolverá a execução penal ao juízo competente.

Art. 7º A Corregedoria-Geral de Justiça poderá editar Provimento destinado a estabelecer procedimentos para o cumprimento do disposto nesta Resolução.

Art. 8º Os casos omissos serão resolvidos pela Presidência do Tribunal de Justiça ou pela Corregedoria-Geral de Justiça, respeitadas suas respectivas atribuições regimentais.

Art. 9º Esta Resolução entra em vigor no dia XX de março de 2025.

Palmas, XX de março de 2025.

Desembargadora MAYSA VENDRAMINI ROSAL, Presidente do Tribunal de Justiça do
Estado do Tocantins

Desembargador PEDRO NELSON DE MIRANDA COUTINHO, Corregedor-Geral de
Justiça

ANEXOS



MINUTA PROVIMENTO Nº 00 – CGJUS/CGABCGJUS/COAD

Disciplina o procedimento judicial para aplicação, execução, avaliação e acompanhamento das medidas terapêuticas cautelares, provisórias ou definitivas, à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e das demais Políticas da Rede de Proteção, e dá outras providências.

O CORREGEDOR-GERAL DA JUSTIÇA DO ESTADO DO TOCANTINS, DESEMBARGADOR PEDRO NELSON DE MIRANDA COUTINHO e A PRESIDENTE DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO TOCANTINS, DESEMBARGADORA MAYSA VENDRAMINI ROSAL, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conjuntamente,

CONSIDERANDO a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada pelo Brasil por meio do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009;

CONSIDERANDO a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

CONSIDERANDO a Resolução CNJ nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.

CONSIDERANDO a Resolução CNJ nº 113, de 20 de abril de 2010, que dispõe sobre o procedimento relativo à execução da pena privativa de liberdade e de medidas de segurança e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Recomendação CNJ nº 35, de 12 de julho de 2011, que dispõe sobre a adoção de políticas antimanicomiais na execução da Medida de Segurança;

CONSIDERANDO a Resolução CNJ nº 213, de 15 de dezembro de 2015, que dispõe sobre a realização de audiência de custódia, e disciplina, no art. 9º, § 3º, sobre a garantia do direito à atenção médica e psicossocial, resguardada a natureza voluntária desses serviços, não sendo cabível a aplicação de medidas cautelares para tratamento ou internação compulsória das pessoas presas em flagrante delito que apresentem quadro de transtorno mental ou de dependência química ;

CONSIDERANDO a Resolução CNJ nº 288/2019, que define a política institucional do Poder Judiciário para a promoção da aplicação de alternativas penais, com enfoque restaurativo, em substituição à privação de liberdade;



CONSIDERANDO a Resolução CNPCP nº 04, de 30 de julho de 2010, que dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança;

CONSIDERANDO a Resolução CNDH nº 08, de 14 de agosto de 2019, que dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas;

CONSIDERANDO a Portaria Interministerial MS/MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no Sistema Único de Saúde;

CONSIDERANDO a Portaria MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas em sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

CONSIDERANDO a Resolução MDS nº 166, de 18 de Setembro de 2024, do Conselho Nacional de Assistência Social- CNAS, que Dispõe sobre os parâmetros nacionais para atuação da Política Pública de Assistência Social no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no atendimento às pessoas em sofrimento e/ou com transtorno mental, em processo de desinstitucionalização de alas ou instituições congêneres de custódia, tratamento psiquiátrico e para aquelas que requerem cuidados prolongados e intensivos em saúde, e suas famílias;

CONSIDERANDO a necessidade de se estabelecer dispositivos interinstitucionais e intersetoriais, com a participação do governo e da sociedade civil, para a garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental e qualquer forma de deficiência psicossocial em conflito com a lei, a partir da articulação entre as políticas públicas de saúde, assistência social e direitos humanos;

CONSIDERANDO a Portaria/SESAU/ Nº 984, de 04 de outubro de 2024, que institui o Grupo Condutor da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional - PNAISP no âmbito do estado do Tocantins;

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS n. 4.876, de 18 de julho de 2024, que altera as Portarias de Consolidação GM/MS n. 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei - EAP-Desinst, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS do Sistema Único de Saúde - SUS;

CONSIDERANDO a Portaria SAES/MS Nº 2.070, de 4 de setembro de 2024, que estabelece regras para registro da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com



a Lei (EAP-DESINST) e inclui procedimento na Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde;

CONSIDERANDO a Portaria SES/GASEC n. 1258 de 27 de novembro de 2024, Institui e designa a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinst), no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), do Sistema Único de Saúde (SUS), do estado do Tocantins;

CONSIDERANDO as ações desenvolvidas pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional em Saúde Mental no âmbito do Poder Judiciário do Estado do Tocantins (GTI/TJTO), instituída por meio da Portaria nº 1583/2023 - PRESIDÊNCIA/ASPRE, atualizada pelas Portarias Nº 2171/2023, de 12 de setembro de 2023 e Nº 2230/2023, de 15 de setembro de 2023;

CONSIDERANDO a experiência exitosa de programas pioneiros no Brasil de atenção integral às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei que adotam a política antimanicomial;

CONSIDERANDO a importância de reunir esforços, tanto no âmbito do Poder Judiciário quanto do Poder Executivo no estado do Tocantins para formular proposições visando a substituição do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança no estado, tendo-se como base o paradigma antimanicomial e o respeito aos direitos humanos.

RESOLVE:

Art. 1º. Disciplinar o procedimento de aplicação, execução, acompanhamento e extinção das medidas terapêuticas, cautelares, provisórias e definitivas, aplicáveis judicialmente às pessoas com transtorno mental e qualquer forma de deficiência psicossocial em conflito com a lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e das demais Políticas da Rede de Proteção.

§1º Considera-se pessoa com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial: aquela com algum comprometimento, impedimento ou dificuldade psíquica, intelectual ou mental que, confrontada por barreiras atitudinais ou institucionais, tenha inviabilizada a plena manutenção da organização da vida ou lhe cause sofrimento psíquico e que apresente necessidade de cuidado em saúde mental em qualquer fase do ciclo penal, independentemente de exame médico-legal ou medida de segurança em curso;

§2º Consideram-se, para efeito do § 1º, as pessoas em sofrimento ou com transtorno mental relacionado ao uso abusivo de álcool e outras drogas, que serão encaminhadas para a rede de saúde, nos termos do art. 23- A da Lei n. 11.343/2006, garantidos os direitos previstos na Lei n. 10.216/2001;



§3º As pessoas previstas neste artigo serão beneficiárias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), dos serviços prestados pela Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), de acordo com a Portaria GM/MS n. 4.876, de 18 de julho de 2024, bem como dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º. No caso de identificação de situação de crise em saúde mental (episódio agudo) ou ainda quando se tratar de aparente abuso de álcool e outras drogas de uma pessoa presa em flagrante ou por cumprimento de mandado, pela equipe do Serviço de Acompanhamento da Pessoa Custodiada (APEC) ou por outros profissionais que venham a atender a pessoa custodiada, a unidade judicial competente deverá realizar o imediato acionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para a tomada de medidas emergenciais, manejo da crise, escuta e referenciamento do paciente ao serviço de saúde mais adequado (observar § 1º, art. 5º da Resolução CNJ n. 487/2023).

Parágrafo Primeiro. As unidades judiciais e administrativas do Poder Judiciário do Tocantins utilizarão do atendimento previsto pela equipe do Serviço de Acompanhamento da Pessoa Custodiada (APEC) que realizarão atendimento social prévio à audiência de custódia.

Parágrafo Segundo. A equipe APEC, ou demais profissionais que vierem a atender a pessoa custodiada, poderão se valer da Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-desinst) e demais equipes de saúde do sistema prisional. A EAP-desinst poderá ser acionada para acompanhar todas as etapas da audiência de custódia, presencial ou virtualmente, a partir de avaliação prévia da equipe APEC ou de outros profissionais que identifiquem indício de transtorno, devendo também auxiliar na interlocução com o sistema de saúde.

Art. 3º. Esgotadas as medidas previstas no art. 2º, caso ainda não haja condições de realização de entrevista em audiência de custódia da pessoa presa preventivamente ou em flagrante, o juízo competente deverá acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou outro meio idôneo de transporte e os demais serviços da rede para garantia do atendimento emergencial em saúde, procedendo com o registro da não realização da audiência por meio de termo no qual constará:

I – a determinação para elaboração de relatório médico completo, a ser remetido ao juízo em até 24 (vinte e quatro) horas;

II – a requisição imediata de informações às secretarias municipal ou estadual de saúde sobre a atual condição da pessoa e indicação de acompanhamento em saúde mais adequado, a serem prestadas em até 48 (quarenta e oito) horas, com a finalidade de subsidiar a tomada de decisão judicial (observar § 2º, art. 5º da Resolução CNJ n. 487/2023).



§1º. A internação em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou em Hospital Geral em leito apropriado ocorrerá sob avaliação da equipe de saúde multidisciplinar e apenas até a superação da crise em saúde mental.

Art. 5º. Superada a crise, a pessoa presa deverá ser apresentada em juízo para a realização da audiência de custódia.

Parágrafo único- A imposição de internação ou de internação provisória ocorrerá em hipóteses absolutamente excepcionais, quando não cabíveis ou suficientes outras medidas cautelares diversas da prisão visando à avaliação do melhor tratamento em saúde.

Art. 6º. Conforme art. 7º da Resolução CNJ n. 487/2023, o magistrado, preferencialmente, deverá prover pelo encaminhamento de caráter voluntário a serviços da rede de proteção social, pautando-se sempre pela autonomia e liberdade da pessoa custodiada. Na aplicação de medidas cautelares:

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

II - É indicada a aplicação de outras medidas em liberdade, diferentes da prisão domiciliar em substituição à prisão preventiva, que somente deve ocorrer quando a adoção dessas outras medidas em liberdade não se mostrarem suficientes.

III - Nos casos em que se avalie necessária a aplicação da prisão domiciliar, devem ser viabilizadas a possibilidade de tratamento adequado na RAPS e na rede de saúde e o exercício de outras atividades que reforcem a autonomia da pessoa, nos termos do art. 8º da Resolução CNJ n. 487/2023

IV - Na hipótese de conversão do auto de prisão em flagrante em prisão preventiva na audiência de custódia, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) também deverão ser acionadas para suporte intramuros.

V - Todas as unidades prisionais do estado, em caso de identificação de pessoa presa, já submetida a exame de insanidade mental, durante o tempo de prisão provisória deverá providenciar o atendimento médico na unidade de saúde da unidade, além de conduzir a pessoa à Unidade de saúde que compõem a RAPS, seja ela UBS, UPA, HOSPITAL GERAL, OU CAPS, a fim de que seja iniciado imediato tratamento de saúde e definido o PTS respectivo, com acompanhamento da EAP, que terá livre acesso às unidades prisionais para entrevistar ou consultar a pessoa presa e fazer os encaminhamentos necessários à RAPS.

Parágrafo único. Na audiência de custódia, se for concedida a liberdade provisória, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) deverão ser acionadas por meio da EAP-Desinst para acompanhamento e inclusão da pessoa com transtorno mental e/ou qualquer deficiência psicossocial nos serviços



disponíveis em meio aberto pelas políticas de Saúde, Assistência Social, em consonância com as diretrizes inscritas na Resolução CNAS n. 166/2024, e demais políticas.

Art. 7º A explicação para a pessoa custodiada e seus familiares acerca dos procedimentos a serem tomados ficará a cargo da equipe APEC por meio de Atendimento Social Posterior, e na falta dessa equipe, o juiz poderá acionar a equipe EAP-desinst para orientação e suporte.

Art. 8º. A análise sobre a imputabilidade da pessoa solta, quando necessária, poderá ser qualificada com requisição de informações sobre o atendimento dispensado nos serviços de saúde aos quais esteja vinculada, respeitado o sigilo de informações pessoais e médicas.

§1º. Sendo necessário realizar exame de insanidade mental, na forma da legislação, a pessoa solta deverá ser intimada para comparecer à Junta Médica Oficial do Poder Judiciário, em Palmas, para se submeter ao exame pericial, sempre mediante prévio agendamento realizado pelo Cartório ou pela BC-CRIM respectiva, na sede de referência da região onde se encontra.

§2º. A avaliação biopsicossocial deverá ser realizada pela EAP-Desinst e a avaliação psiquiátrica deverá ser realizada pela Junta Médica do TJTO, tendo o prazo de 30 dias para execução das ações.

§3º Após realizada a avaliação biopsicossocial e a avaliação psiquiátrica, as equipes responsáveis pela elaboração remeterão o relatório ao Juiz requisitante, com cópia ao Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial (Ceimpa) e ao Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e Sistema Socioeducativo do Estado do Tocantins (GMF), para o devido acompanhamento.

§4º. Em qualquer momento, o juízo pode acionar a EAP-Desinst requisitando informações sobre o acompanhamento da pessoa custodiada na rede de serviços, o estágio do tratamento e a existência de exames ou laudos, em conformidade com as diretrizes estabelecidas na Resolução CNJ nº 487/2023, que possam subsidiar a tomada de decisão judicial.

Art. 9º. Decidido o incidente e negada a insanidade, o processo retomará seu curso normal.

Art. 10. Decidido o incidente e reconhecida a insanidade, caso a sentença imponha medida de segurança de internação, a unidade judicial deverá produzir a guia no Banco Nacional de Medidas Penais e Prisões (BNMP) e a encaminhará à Distribuição do Sistema Eletrônico de Execução Unificado (SEEU) para cadastramento na Vara de Execução Penal (VEP) com competência territorial no local onde o inimputável se encontra.



§1º O juízo competente comunicará o cumprimento da ordem judicial de aplicação de medida terapêutica ao Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas do Tribunal de Justiça do Tocantins (GMF) e ao Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial do Tocantins (Ceimpa);

§2º Ao aplicar medida terapêutica provisória, o juízo solicitará à BC-EXEP a realização de pesquisa processual criminal, com o consequente encaminhamento dos dados coletados, a fim de que seja verificada a tramitação de outras ações penais em desfavor do paciente e uniformizadas eventuais decisões judiciais, com o objetivo de garantir o melhor tratamento em saúde, devendo a uniformização considerar a avaliação da equipe de saúde;

Art. 11. Para aqueles que se encontram internados em unidades penais cumprindo medida de segurança, sua desinstitucionalização será acompanhada pelo Ceimpa em conformidade com plano encaminhado ao Conselho Nacional de Justiça, a partir do que prescreve o art. 18-A, caput e inciso I, da Resolução CNJ nº 487/2023.

§1º O ato de desinstitucionalização deverá ser precedido de audiência especial, presencial ou híbrida, presidida pelo juiz, com a presença de representantes da EAP, do Ministério Público, da equipe multidisciplinar do presídio, da Defesa, da equipe do CAPS do território ou da UBS, onde serão esclarecidos sobre direitos e deveres do paciente e estabelecidos os laços para o funcionamento adequado da rede em favor do melhor tratamento ao paciente.

§2º Por ocasião da liberação condicional, haverá audiência nos mesmos moldes da constante no parágrafo supra, devendo ser intimados os mesmos entes e representantes, à exceção da equipe multidisciplinar da unidade prisional.

Art. 12. As autoridades judiciais competentes pela execução oficiarão à EAP-Desinst requisitando o acompanhamento da pessoa em cumprimento de medida de segurança nos serviços da Política de Saúde, Política de Assistência Social, com exceção das proibições previstas no art 4º da Resolução CNAS nº 166/2024, e demais políticas que se fizerem necessárias para a atenção integral do paciente judiciário, assim como a obrigatoriedade de construção do Projeto Terapêutico Singular – PTS e indicação do tratamento de saúde mental mais adequado.

Art. 13. Após a aplicação das medidas terapêuticas, provisórias ou definitivas, deverá a EAP Desinst enviar relatórios periódicos a cada 30 dias do acompanhamento do serviço de saúde recebedor da pessoa em cumprimento de medida de segurança ao juízo e agendarão reuniões com todos os envolvidos no Projeto Terapêutico Singular (PTS), caso entenda necessário, para uma análise atualizada da situação do e, nos casos de medida de internação, a readequação da medida se possível para tratamento em meio aberto.



Art. 14. Estando em tratamento ambulatorial, o paciente que se recusar a se submeter ao seu PTS, recusando-se a participar das terapias, de consumir as medicações prescritas, ou em casos de incidir em conduta que demonstrem instabilidade, a EAP, por iniciativa própria ou por provocação da família, ou da RAPS, do Ministério Público ou da Defesa, deverá comunicar o fato ao juízo respectivo, que designará audiência de justificação, cuja realização deverá ser priorizada.

Art. 15. Caso a pessoa necessite de tratamento de saúde mental mental no curso de prisão processual ou outra medida cautelar em vigor, caberá à autoridade judicial reavaliar a necessidade e adequação dela conforme dispõe o art. 9º da Resolução CNJ n. 487/2023.

Parágrafo Primeiro. Em caso de necessidade de tratamento de saúde mental mental no curso da execução da pena, a autoridade judicial avaliará a necessidade e adequação da prisão em vigor (art. 15).

Parágrafo Segundo. Em ambos os casos, a autoridade informará os casos ao Ceimpa para acompanhamento.

Art. 16. O Ministério Público, o defensor ou curador do paciente, em qualquer fase e a qualquer tempo do incidente de insanidade mental ou no curso da medida de segurança provisória ou definitiva, poderão requerer ao juiz realização de avaliação da extinção da medida de segurança a ser realizada pela EAP-Desinst., a partir do serviço de saúde que acompanha o paciente e integrado pela avaliação diagnóstica multidisciplinar, pelo laudo psiquiátrico e pela avaliação biopsicossocial.

Art. 17. Os contatos das instituições citadas neste provimento se encontram no ANEXO I.

Art. 18. Os locais onde serão realizadas as perícias médicas deste provimento se encontram no ANEXO II.

Art. 19. Os fluxogramas orientativos da Política Antimanicomial do Tocantins encontram-se no ANEXO III deste provimento.

Art. 20. Este Provimento Conjunto entra em vigor na data de sua publicação.

Palmas, em 00 de abril de 2025.



Desembargador PEDRO NELSON DE MIRANDA COUTINHO, Corregedor-Geral da Justiça

Desembargadora DESEMBARGADORA MAYSA VENDRAMINI ROSAL, Presidente do Tribunal de Justiça do Tocantins

ANEXO I

INSTITUIÇÃO / SETOR / UNIDADE	CONTATO TELEFÔNICO	E-MAILS
JUNTA MÉDICA	(63) 3142-1015 / 3142-1074	juntamedica@tjto.jus.br
CEIMPA	(63) 3142-2068 / 2067	ceimpa@tjto.jus.br
GMF	(63) 3142-2068 / 2067	gmf@tjto.jus.br
EAP	(63) 3027-4558	eapdesinsti.to@gmail.com

ANEXO II

LOCAL PARA FEITURA DE EXAME DE INSANIDADE MENTAL – PESSOAS PRESAS E SOLTAS

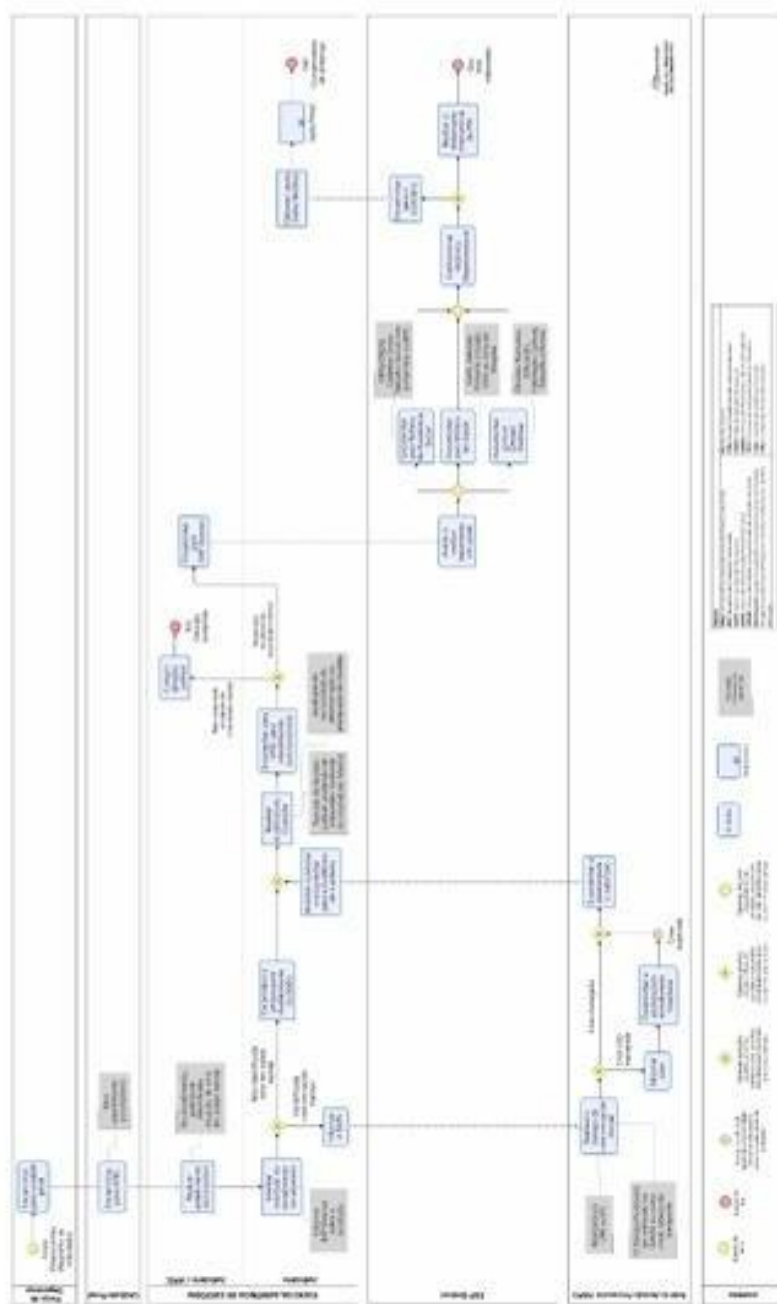
UNIDADE RESPONSÁVEL PELO EXAME	LOCAL DE REALIZAÇÃO	ABRANGÊNCIA
Junta Médica Oficial do Poder Judiciário do Tocantins	Sala de Perícias Médicas do Fórum de Palmas	TODAS AS COMARCAS DO ESTADO



ANEXO III

FLUXOGRAMAS – POLÍTICA ANTIMANICOMIAL

Fluxo Audiência de Custódia





Fluxo geral: no curso da prisão preventiva ou de outra medida cautelar, na execução da pena e no processo de desinstitucionalização dos HCTPs e instituições congêneres

