CENTRO UNIVERSITÁRIO ALVES FARIA – UNIALFA

FACULDADE AUTÔNOMA DE DIREITO – FADISP

MESTRADO ACADÊMICO INTERINSTITUCIONAL – MINTER

FUNÇÃO SOCIAL DO DIREITO

CAROLINA XAVIER RODRIGUES

DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E CUMPRIMENTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA: O PAPEL DO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO LOUCO INFRATOR (PAILI)

GOIÂNIA
2026

CAROLINA XAVIER RODRIGUES

DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E CUMPRIMENTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA: O PAPEL DO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO LOUCO INFRATOR (PAILI)

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação Stricto-Sensu – em Direito da Faculdade Autônoma de Direito como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito. Área de Concentração: Função Social no Direito Constitucional. Linha de Pesquisa: Acesso à Justiça

Orientador: Prof. Dr. ALISSON CARVALHO DE ALENCAR

GOIÂNIA

2026

CAROLINA XAVIER RODRIGUES

DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E CUMPRIMENTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA: O PAPEL DO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO LOUCO INFRATOR (PAILI)

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação Stricto-Sensu – em Direito da Faculdade Autônoma de Direito como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito. Área de Concentração: Função Social no Direito Constitucional. Linha de Pesquisa: Acesso à

Aprovada em:___/____/_____

Orientador

Prof. Dr. ALISSON DE CARVALHO ALENCAR

Faculdade Autônoma de Direito – FADISP

Dr. DENIVAL FRANCISCO DA SILVA

Coorientador

Dr. MARCUS VINÍCIUS GONZAGA FERREIRA

Professor Avaliador

Drª. ALINE FERNANDES MENDES

Professora Avaliadora

LISTA DE SIGLAS

ABP — Associação Brasileira de Psiquiatria
ACs — Audiências de Custódia
ACPs — Ações Civis Públicas
ADIs — Ações Diretas de Inconstitucionalidade
ADPF — Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
BPC — Benefício de Prestação Continuada
CAPS — Centros de Atenção Psicossocial
CDPD — Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
CEBES — Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEPAIGO — Centro Penitenciário Agroindustrial de Goiás
CFM — Conselho Federal de Medicina
CNBB — Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNJ — Conselho Nacional de Justiça
CONASP — Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CRAS — Centro de Referência de Assistência Social
CREAS — Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DINSAM — Divisão Nacional de Saúde Mental
EAPP — Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei
ECA — Estatuto da Criança e do Adolescente
ECT — Eletroconvulsoterapia
EPD — Estatuto da Pessoa com Deficiência
EVCP — Exame de Verificação de Cessação da Periculosidade
HCR-20 — Historical, Clinical, Risk Management-20
HCTP — Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
INAMPS — Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS — Instituto Nacional de Previdência Social
LEP — Lei de Execução Penal
MJES — Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo
MTSM — Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS — Núcleos de Atenção Psicossocial
NUDES — Núcleos de Defesa dos Direitos Humanos
OAB — Ordem dos Advogados do Brasil
ONU — Organização das Nações Unidas
PAI-PJ — Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário
PAILI — Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator
PAIPJ-MG — Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário de Minas Gerais
PISAM — Plano Integrado de Saúde Mental
PNAISP — Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PTS — Projeto Terapêutico Singular
RAPS — Rede de Atenção Psicossocial
REME — Movimento de Renovação Médica
SINPAS — Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SNDM — Serviço Nacional de Doenças Mentais
SRTs — Serviços Residenciais Terapêuticos

STF — Supremo Tribunal Federal
STJ — Superior Tribunal de Justiça
SUS — Sistema Único de Saúde
TPAS — Transtorno da Personalidade Antissocial

RESUMO

O presente trabalho analisa a aplicação do princípio da dignidade da pessoa humana nas medidas de segurança destinadas às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, com enfoque na atuação do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI). O estudo parte da compreensão de que a loucura foi historicamente associada à exclusão social, à periculosidade e ao confinamento, em especial quando relacionada ao sistema penal. Nesse contexto, os manicômios judiciários e os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico consolidaram práticas marcadas pela segregação, pela perda de vínculos sociais e pela violação de direitos fundamentais. O estudo discute a Reforma Psiquiátrica brasileira, notadamente a partir da Lei nº 10.216/2001, como marco de superação do modelo hospitalocêntrico e de afirmação do cuidado em liberdade. Em seguida, examina o PAILI como experiência voltada à humanização da execução das medidas de segurança, por meio do acompanhamento em meio aberto, da articulação com a Rede de Atenção Psicossocial e da construção de projetos terapêuticos individualizados. O trabalho possui natureza qualitativa, com abordagem bibliográfica e documental. Infere-se que o PAILI representa importante alternativa ao modelo custodial, ao promover tratamento mais compatível com a dignidade humana, a reinserção social e os direitos humanos, embora sua efetividade dependa do fortalecimento das políticas públicas, da ampliação da rede de cuidado e da superação da lógica da periculosidade.

Palavras-chave: dignidade da pessoa humana; medida de segurança; louco infrator; PAILI; Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

This paper analyzes the application of the principle of human dignity in security measures for people with mental disorders in conflict with the law, focusing on the performance of the Comprehensive Care Program for Mentally Ill Offenders (PAILI). The study starts from the understanding that madness has historically been associated with social exclusion, dangerousness, and confinement, especially when related to the penal system. In this context, forensic psychiatric hospitals and Custody and Psychiatric Treatment Hospitals consolidated practices marked by segregation, loss of social ties, and violation of fundamental rights. The study discusses the Brazilian Psychiatric Reform, especially from Law No. 10.216/2001, as a landmark in overcoming the hospital-centric model and affirming care in freedom. It then examines PAILI as an experience aimed at humanizing the execution of security measures, through open-environment monitoring, articulation with the Psychosocial Care Network, and the construction of individualized therapeutic projects. This work is qualitative in nature, with a bibliographic and documentary approach. It is inferred that PAILI represents an important alternative to the custodial model, as it promotes treatment more compatible with human dignity, social reintegration, and human rights, although its effectiveness depends on strengthening public policies, expanding the care network, and overcoming the logic of dangerousness.

Keywords: human dignity; security measure; mentally ill offender; PAILI; Psychiatric Reform.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....8

CAPÍTULO 1 – A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA NAS MEDIDAS DE SEGURANÇA.....13

1.1 O princípio da dignidade da pessoa humana no sistema constitucional brasileiro.....13

1.2 A dignidade da pessoa humana como limite à atuação punitiva do Estado.....18

1.3 Direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.....25

1.4 A aplicação da dignidade da pessoa humana na execução das medidas de segurança.....30

CAPÍTULO 2 – LOUCURA, INSTITUCIONALIZAÇÃO MANICOMIAL E PROCESSOS DE REFORMA.....36

2.1 Loucura e processos de exclusão social.....37

2.2 Reforma Psiquiátrica e o movimento de desinstitucionalização.....44

2.3 A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.....51

2.4 Relações entre loucura e criminalidade.....58

CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO PAILI.....63

3.1 Contexto da aplicação das medidas de segurança antes da vigência da Lei nº 10.216/2001.....64

3.2 O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI): organização, estrutura e dinâmica de funcionamento.....70

3.3 Panorama atual da custódia e do tratamento psiquiátrico no Brasil.....75

3.4 Análise comparativa dos dados coletados.....81

CAPÍTULO 4 – POLÍTICAS PÚBLICAS, DESAFIOS INSTITUCIONAIS E PERSPECTIVAS PARA A PROTEÇÃO DOS LOUCOS INFRATORES.....83

4.1 A política antimanicomial e a proteção jurídica das pessoas com transtornos mentais.....84

4.2 A atuação do Poder Judiciário na efetivação dos direitos dos loucos infratores..87

4.3 A inefetividade das medidas de segurança como falha estrutural na função social do direito.....93

4.4 Desafios estruturais na implementação do PAILI e das medidas de segurança. 97

4.5 Perspectivas para o aprimoramento das políticas públicas e da garantia da dignidade da pessoa humana.....104

5 METODOLOGIA.....111

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....114

INTRODUÇÃO

A relação entre loucura, criminalidade e resposta estatal constitui um dos temas mais sensíveis no campo do Direito Penal, da saúde mental e dos direitos humanos. Historicamente, a pessoa em sofrimento psíquico foi submetida a diferentes formas de exclusão, ora justificada por discursos religiosos, ora por argumentos médicos, ou por mecanismos jurídicos de contenção. A loucura, nesse sentido, não foi tratada apenas como uma condição clínica, mas também como uma categoria social marcada pelo estigma, pela marginalização e pela tentativa de neutralização daqueles considerados inadequados à ordem social dominante.

No Brasil, esse processo adquiriu contornos graves com a consolidação do modelo manicomial e hospitalocêntrico, visto que, durante décadas, instituições psiquiátricas funcionaram como espaços de segregação, nos quais pessoas pobres, negras, mulheres, indivíduos em situação de vulnerabilidade social, sujeitos considerados improdutivos e pessoas com sofrimento mental foram afastados do convívio comunitário. Sob a justificativa de tratamento, o manicômio produziu isolamento, abandono, perda de vínculos familiares e violação sistemática de direitos fundamentais.

Quando essa lógica manicomial se articula ao sistema penal, os efeitos da exclusão tornam-se ainda mais intensos. A pessoa com transtorno mental em conflito com a lei ocupa uma posição ambígua, considerando que não é propriamente tratada como condenada, em razão da inimputabilidade ou semi-imputabilidade, mas também não é reconhecida apenas como sujeito de cuidado, pois permanece submetida ao controle judicial e à lógica penal. A tensão em tela sustenta na história a aplicação das medidas de segurança, especialmente quando executadas em instituições fechadas, como manicômios judiciários ou Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

As medidas de segurança, embora possuam natureza formalmente terapêutica e preventiva, foram muitas vezes aplicadas como mecanismos de contenção social. Em vez de priorizar o cuidado, a reinserção e o acompanhamento em saúde mental, sua execução tradicional esteve ligada à ideia de periculosidade, permitindo internações prolongadas e, em alguns casos, superiores ao tempo de pena que seria aplicado a uma pessoa imputável. Desse modo, a medida de segurança, que deveria assegurar tratamento adequado, acabou funcionando como

instrumento de privação de liberdade por prazo indefinido, agravando a vulnerabilidade do sujeito e comprometendo sua dignidade.

Nesse contexto, o princípio da dignidade da pessoa humana, previsto no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal de 1988, assume papel central na análise das medidas de segurança. Por constituir fundamento do Estado Democrático de Direito, a dignidade humana deve orientar toda atuação estatal, inclusive quando se trata de indivíduos que praticaram fatos definidos como crime. A condição de pessoa com transtorno mental não autoriza o Estado a retirar do sujeito sua humanidade, sua titularidade de direitos ou sua possibilidade de reinserção social, ao contrário, exige uma atuação ainda mais cuidadosa, em razão da situação de vulnerabilidade em que esse indivíduo se encontra.

A dignidade da pessoa humana impõe que a execução das medidas de segurança seja compatível com os direitos fundamentais, com a proteção à saúde, com a liberdade possível e com a vedação de tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. Assim, o sistema jurídico não pode se limitar à neutralização do chamado louco infrator, nem reproduzir práticas de segregação baseadas no medo social da loucura. A resposta estatal deve buscar equilíbrio entre responsabilização, tratamento e reintegração, substituindo a lógica do isolamento pela lógica do cuidado territorializado e humanizado.

A Reforma Psiquiátrica brasileira, consolidada pela Lei nº 10.216/2001, representou um marco decisivo nesse processo de transformação, ao estabelecer a prioridade do tratamento em serviços comunitários e a excepcionalidade da internação, a legislação passou a orientar a política de saúde mental em direção ao cuidado em liberdade. A aludida mudança fortaleceu a Rede de Atenção Psicossocial e afirmou a necessidade de substituir o modelo manicomial por práticas voltadas à autonomia, à cidadania e à convivência comunitária da pessoa em sofrimento psíquico.

Apesar desses avanços, a aplicação dos princípios da Reforma Psiquiátrica ao campo penal ainda encontra importantes resistências. Nesse sentido, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico conservaram, por muito tempo, características próprias das instituições totais, como o fechamento, a disciplina rígida, o enfraquecimento dos vínculos sociais e a submissão do indivíduo à lógica da custódia. Tal permanência demonstra que a superação do manicômio não depende apenas de mudanças normativas, mas também da transformação das práticas judiciais, administrativas, sanitárias e culturais.

É nesse cenário que se insere o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), desenvolvido no Estado de Goiás, como experiência relevante para a análise da aplicação concreta do princípio da dignidade da pessoa humana nas medidas de segurança. O programa propõe uma alternativa ao modelo de internação manicomial, priorizando o acompanhamento em meio aberto, a articulação com a rede pública de saúde e a construção de projetos terapêuticos individualizados. Em vez de concentrar a execução da medida de segurança em uma instituição fechada, o PAILI busca inserir o indivíduo no Sistema Único de Saúde, preservando, sempre que possível, seus vínculos familiares, sociais e comunitários.

A importância do PAILI reside em demonstrar que a medida de segurança pode ser executada de forma diversa da lógica custodial, sua atuação evidencia a possibilidade de uma resposta estatal orientada pelo cuidado, pela intersetorialidade e pela reinserção social, em consonância com a Constituição Federal, com a Lei nº 10.216/2001 e com os princípios da política antimanicomial. Assim, o programa constitui objeto relevante de investigação, pois permite avaliar os avanços, os limites e os desafios de uma política pública voltada à humanização do tratamento conferido às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.

O presente estudo delimita-se, portanto, à análise da aplicação do princípio da dignidade da pessoa humana nas medidas de segurança aplicadas aos chamados loucos infratores, com enfoque na atuação do PAILI. O problema central consiste em compreender como esse princípio é assegurado na execução das medidas de segurança e em que medida o programa contribui para a reintegração social e para o tratamento humanizado desses indivíduos. A partir disso, busca-se investigar também os desafios enfrentados pelo sistema jurídico e pelas políticas públicas para garantir a efetivação dos direitos fundamentais dessa população.

A relevância do estudo justifica-se tanto no plano jurídico quanto social. No campo jurídico, o trabalho contribui para o debate sobre os limites constitucionais das medidas de segurança e sobre a necessidade de reinterpretá-las à luz da dignidade da pessoa humana, da Reforma Psiquiátrica e dos direitos humanos. Já no campo social, a investigação permite problematizar o estigma que associa transtorno mental, criminalidade e perigo, demonstrando que a proteção da sociedade não se realiza pela exclusão permanente do sujeito, mas pela construção de políticas públicas capazes de tratar, acompanhar e reinserir.

Parte-se da hipótese de que a efetivação da dignidade da pessoa humana nas medidas de segurança ainda enfrenta entraves significativos, relacionados à permanência da lógica da periculosidade, à insuficiência da rede de saúde mental, à carência de recursos e à dificuldade de articulação entre o sistema de justiça, a saúde pública, a assistência social e a família. Sustenta-se, ainda, que o PAILI representa um avanço importante na humanização da execução das medidas de segurança, embora sua eficácia dependa de condições estruturais, financiamento adequado, equipes multiprofissionais e cooperação interinstitucional.

O objetivo geral do estudo é analisar a aplicação do princípio da dignidade da pessoa humana nas medidas de segurança e a atuação do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator no contexto jurídico brasileiro. Como objetivos específicos, busca-se identificar os fundamentos legais e teóricos relacionados à dignidade humana e às medidas de segurança; discutir a relação entre loucura, exclusão social e sistema penal; avaliar a implementação e a eficácia do PAILI na reintegração social dos loucos infratores; e investigar os principais desafios enfrentados pelo sistema jurídico na garantia dos direitos dessa população.

Dessa forma, pretende-se contribuir para a reflexão sobre a necessidade de reconstrução das respostas estatais dirigidas às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. A análise do PAILI permite observar que a dignidade da pessoa humana não se concretiza apenas pela previsão abstrata de direitos, mas pela existência de práticas institucionais e políticas públicas capazes de substituir o isolamento pelo cuidado, a exclusão pela reinserção e a lógica manicomial por uma atuação mais humanizada.

A estrutura do trabalho foi organizada em quatro capítulos. O primeiro capítulo examina o princípio da dignidade da pessoa humana no sistema constitucional brasileiro e sua aplicação às medidas de segurança, abordando os direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei e os limites impostos à atuação punitiva do Estado. O segundo capítulo aborda a construção histórica da loucura, os processos de exclusão social, a institucionalização manicomial, a Reforma Psiquiátrica e a relação entre loucura e criminalidade. O terceiro capítulo dedica-se à apresentação e análise crítica do PAILI, situando o programa no contexto das medidas de segurança antes e após a Lei nº 10.216/2001 e confrontando sua proposta com o modelo tradicional de custódia. O quarto capítulo examina a política antimanicomial, a proteção jurídica das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, os desafios estruturais

na implementação do PAILI e as perspectivas para o aprimoramento das políticas públicas e da garantia da dignidade da pessoa humana.

CAPÍTULO 1 – A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA NAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

O capítulo dedica-se a examinar a complexa relação entre o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana e a execução das medidas de segurança no ordenamento jurídico brasileiro. Para compreender essa dinâmica, parte-se, inicialmente, de uma análise histórica e filosófica da dignidade, traçando sua evolução desde as concepções da Antiguidade até sua consolidação normativa pós-Segunda Guerra Mundial, firmando-se como vetor axiológico supremo na Constituição Federal de 1988. Estabelecida essa premissa basilar, a discussão avança para o campo do Direito Penal, problematizando como a dignidade humana deve atuar como um limite inegociável à atuação punitiva do Estado. Evidencia-se a tensão crônica entre o monopólio da força estatal e a preservação dos direitos da personalidade, em especial diante do "Estado de Coisas Inconstitucional" que assola o sistema prisional nacional.

Nesse contexto de vulnerabilidade, o estudo aprofunda-se na situação específica das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, expondo o grave choque normativo entre a lógica segregacionista e baseada na periculosidade do Código Penal e as conquistas humanitárias advindas da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001). Por fim, o capítulo culmina na análise dogmática e empírica da fase de execução das medidas de segurança, tecendo críticas à presunção de periculosidade e à histórica indeterminação dos prazos de internação. Ao defender a adoção do regime da dupla garantia e analisar diretrizes recentes, como a Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça busca-se demonstrar que a verdadeira eficácia do sistema penal e de saúde só se concretiza quando o cuidado emancipatório substitui o confinamento, reafirmando o respeito absoluto ao indivíduo como limite intransponível do poder público.

1.1 O princípio da dignidade da pessoa humana no sistema constitucional brasileiro

A compreensão do princípio da dignidade da pessoa humana no sistema constitucional brasileiro exige, preliminarmente, a investigação da evolução histórica desse conceito e das matrizes de pensamento que pavimentaram a construção da ideia do homem e de seus direitos inalienáveis (Mendonça; Ramiro, 2022, p. 73).

Etimologicamente, a palavra "dignidade" possui origem no latim *dignitas*, vocábulo que traz consigo o significado de mérito, prestígio, consideração e excelência, qualificando aquilo que é digno e que, por conseguinte, merece respeito (Mendonça; Ramiro, 2022, p. 76; Zanini; Queiroz, 2023, p. 69). No período da Roma Antiga, os romanos vinculavam a dignidade a um título ou a uma função proeminente exercida na sociedade, revelando-se, dessa forma, como um elemento externo, o qual não abarcava um caráter universal inerente a todos os indivíduos da espécie, configurando um "status" superior apenas para certas pessoas (Zanini; Queiroz, 2023, p. 69).

Em consonância com esse cenário, o pensamento grego antigo, influenciado pelas concepções de Aristóteles, enxergava o ser humano em sua dimensão política (Mendonça; Ramiro, 2022, p. 76). Para a perspectiva grega, o homem era sensível à dimensão social, concebendo-se o indivíduo invariavelmente em função da Cidade, e não a Cidade em função do indivíduo; priorizava-se o todo em detrimento da individualidade (Mendonça; Ramiro, 2022, p. 76).

A transição para uma percepção de caráter personalista e universal da dignidade ocorreu fundamentalmente com o advento do cristianismo (Mendonça; Ramiro, 2022, p. 76). A teologia cristã baseou o respeito à dignidade humana na premissa de ter sido o homem concebido à imagem e semelhança de Deus, conferindo uma natureza divina ao ser humano e inaugurando a concepção de uma dignidade pessoal a cada indivíduo (Mendonça; Ramiro, 2022, p. 76). Pensadores cruciais desse período, como Boécio, foram indispensáveis para a formulação filosófica do conceito de pessoa como uma "substância individual de natureza racional" (Mendonça; Ramiro, 2022, p. 75-76). Posterior, São Tomás de Aquino agregou profundidade a essa base, sendo um dos primeiros a apontar a dignidade como um sentido profundamente ontológico, oriundo da essência humana e diferenciador em relação às demais criaturas (Mendonça; Ramiro, 2022, p. 76). Contudo, essa dignidade ainda era concebida sob uma perspectiva heterônoma, derivada de Deus e não da própria autonomia humana (Zanini; Queiroz, 2023, p. 70).

Com o advento do Renascimento humanista, a figura humana passou a ocupar efetivamente o centro do universo nas reflexões da época. Em 1486, com a *Oratio de Hominis Dignitate*, Giovanni Pico della Mirandola sedimentou a ideia de que a dignidade repousa na capacidade exclusiva que o ser humano tem de fazer escolhas sobre os rumos de sua própria vida, constituindo uma maravilha livre para

moldar seu destino (Mendonça; Ramiro, 2022, p. 77; Zanini; Queiroz, 2023, p. 70). No entanto, foi na modernidade que o postulado adquiriu robustez normativa.

A filosofia iluminista do alemão Immanuel Kant desempenhou um papel basilar e revolucionário na consolidação da dignidade da pessoa humana no campo do direito, fundamentando-a na autonomia moral (Brito *et al*., 2025, p. 7). Na visão de Kant, no sistema de convivência, tudo tem um "preço" (*Preis*) ou uma "dignidade" (*Würde*) (Zanini; Queiroz, 2023, p. 70). O que tem preço possui um valor comercial, externo e substituível por um equivalente; em contrapartida, as pessoas possuem dignidade, consubstanciando um valor moral interno, superior, absoluto e inegociável, que afasta qualquer substituição (Zanini; Queiroz, 2023, p. 70). O imperativo categórico kantiano preceituou que o ser humano deve ser levado a sério e tratado como um fim em si mesmo, sendo expressamente rechaçada a sua coisificação ou a sua utilização como meio ou instrumento para a satisfação de propósitos alheios (Mendonça; Ramiro, 2022, p. 77; Brito et al., 2025, p. 7).

A despeito da enorme importância dessa concepção kantiana (frequentemente denominada de "concepção insular" por focar apenas na razão e na autoconsciência), a dogmática moderna propõe hoje uma nova e mais ampla concepção (Zanini; Queiroz, 2023, p. 71). A crítica contemporânea argumenta que a razão e a vontade não bastam por si sós. O homem é, em sua estrutura, um ente coexistencial, devendo o conceito de dignidade abarcar as emoções, os sentimentos, a capacidade de dialogar, de reconhecer no outro um igual e a vocação espiritual para o convívio, pois ninguém foi feito para o isolamento absoluto (Zanini; Queiroz, 2023, p. 73-74).

Embora esse amadurecimento teórico tenha transcorrido por séculos, a maciça inserção da dignidade da pessoa humana como princípio jurídico fundamental normativo e vinculante ocorreu apenas como reação histórica imediata aos horrores da Segunda Guerra Mundial (Zanini; Queiroz, 2023, p. 74). As experiências do totalitarismo nazifascista desvalorizaram a vida em escalas industriais e impuseram ao constitucionalismo do pós-guerra a necessidade urgente e inadiável de promover um resgate ético da experiência jurídica, sepultando de vez o positivismo indiferente a valores morais (Zanini; Queiroz, 2023, p. 75). O referido movimento teve seu grande marco no direito alemão, por meio da Lei Fundamental de Bonn (1949), cujo artigo 1º declarou a intangibilidade da dignidade da pessoa humana e a obrigação do poder público de respeitá-la e protegê-la (Brito et al., 2025, p. 7; Legale; Val, 2017, p. 175).

No âmbito transnacional, a internacionalização desse valor fez com que a dignidade da pessoa humana estivesse expressamente contemplada na Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem e na Declaração Universal de Direitos Humanos da ONU de 1948, em seu artigo 1º, assentando que todos os seres humanos nascem livres e "iguais em dignidade e direitos" (Legale; Val, 2017, p. 176). No Sistema Interamericano de Proteção aos Direitos Humanos, a locução "dignidade inerente à pessoa humana" espalhou-se de forma sistemática por diversos preâmbulos de Convenções, como a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura e a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica) (Legale; Val, 2017, p. 185). Essa última reconhece que a obrigação de respeitar os direitos do homem não deriva da nacionalidade que o indivíduo ostenta, mas sim de atributos imanentes à própria pessoa humana, atrelando invariavelmente a dignidade a direitos como a integridade física, vedando atos desumanos ou cruéis (Legale; Val, 2017, p. 186).

Acompanhando todo esse movimento ético mundial, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 inovou ao elevar a dignidade da pessoa humana à condição de fundamento do Estado Democrático de Direito, conforme esculpido no seu artigo 1º, inciso III (Candido, 2022, p. 147; Barros, 2025, p. 7857). Essa positivação significa que o sistema estatal reconheceu a pessoa humana e seus atributos como o fundamento e o fim de todo o ordenamento jurídico (Barros, 2025, p. 7855). O ser humano passou a constituir o objetivo supremo da nação, devendo sempre prevalecer uma presunção a seu favor em qualquer interação estabelecida com o poder público (Barros, 2025, p. 7856). É desse princípio basilar que emanam todos os demais direitos, garantias e liberdades fundamentais asseguradas no texto constitucional (Brito *et al.,* 2025, p. 7).

A doutrina constitucional pátria debate a natureza jurídica do princípio e em sua maioria conclui que a dignidade da pessoa humana é dotada de uma realidade complexa. Ela não é um simples "direito subjetivo" comum, mas reveste-se da forma de "princípio axial", meta-princípio e padrão máximo de interpretação de todos os direitos e garantias essenciais (Barros, 2025, p. 7856; Brito et al., 2025, p. 8). Dada a sua elevada hierarquia axiológica, a teoria aponta que o princípio da dignidade desempenha, pelo menos, três funções centrais na ordem jurídica: a função interpretativa, a eficácia negativa e a eficácia direta (Legale; Val, 2017, p. 179). Pela via interpretativa, as normas devem sofrer uma permanente "filtragem constitucional", devendo o julgador adotar a norma ou a inteligência mais favorável à

preservação do indivíduo. A eficácia negativa autoriza o bloqueio de normas ou a inconstitucionalidade de ações estatais e atos normativos que agridam a condição de ser humano. E, por fim, a eficácia direta confere amparo célere na defesa do núcleo de direitos, bastando a existência do ser humano para se criar direitos e exigibilidades jurídicas concretas (Legale; Val, 2017, p. 179).

Ocorre que a amplitude e fluidez do conceito de dignidade podem acarretar a sua vulgarização e a conversão em mero ornamento retórico nas mãos do Judiciário. A fim de superar essas críticas, a doutrina contemporânea procurou refinar o conceito, construindo balizas para racionalizar a sua incidência (Legale; Val, 2017, p. 179). Com base nesse refino, os estudiosos elencaram parâmetros normativos mínimos que estruturam a dignidade, desdobrando-os, sobretudo, em quatro dimensões essenciais: o valor intrínseco (também lido como não instrumentalização), a autonomia existencial, o mínimo existencial e o reconhecimento (Brito *et al.,* 2025, p. 9; Legale; Val, 2017, p. 182).

A não instrumentalização consagra o imperativo kantiano proibitivo de qualquer coisificação, demandando que o indivíduo nunca seja avaliado a partir de critérios utilitaristas; o ser humano não pode ser manipulado ou extirpado com o fito de garantir vantagens à sociedade ou aos objetivos governamentais (Brito et al., 2025, p. 9; Legale; Val, 2017, p. 180). A autonomia existencial, em complemento, resguarda a liberdade do indivíduo de formatar suas próprias convicções, decidir seu plano íntimo de vida boa e pautar seu projeto existencial imune à intervenção ilegítima, respeitados os preceitos de terceiros (Brito *et al.,* 2025, p. 10; Legale; Val, 2017, p. 181). O parâmetro do mínimo existencial repousa no arcabouço social e material da dignidade, prescrevendo que é ilusório falar em liberdade civil quando o indivíduo é privado de condições vitais de sobrevivência, abarcando necessidades elementares como acesso à saúde, alimentação e abrigo, servindo de alicerce da vida em sociedade (Brito *et al.,* 2025, p. 10; Legale; Val, 2017, p. 183). Por sua vez, o reconhecimento exterioriza a face intersubjetiva e relacional humana. Em sua feição negativa, rechaça estigmas contra minorias; em sua feição positiva, demanda do Estado medidas ativas para afastar preconceitos estruturais e garantir tratamento inclusivo a grupos vulneráveis (Legale; Val, 2017, p. 183; Brito *et al.,* 2025, p. 10).

Além da dimensão pública da atuação estatal, verifica-se a irradiação da força normativa desse princípio para as relações horizontais, entre entes privados. No âmbito das interações particulares, consolida-se a eficácia dos direitos fundamentais por meio da constitucionalização do direito (Brito *et al.,* 2025, p. 1). O ordenamento

privado não pôde mais resistir ao isolacionismo antigo, de modo que a dignidade da pessoa humana passou a atuar como uma inequívoca "cláusula geral de tutela da personalidade", impedindo que dogmas restritivos obstem o pleno amparo à honra e aos atributos intersubjetivos dos cidadãos (Zanini; Queiroz, 2023, p. 81).

Sob a ótica do Direito Processual Penal, a consagração do princípio materializa-se como uma expressa "situação jurídica ativa" a favor da pessoa e um limitador inconteste ao exercício de qualquer poder jurisdicional (Barros, 2025, p. 7858). A jurisdição está estritamente subordinada a essas balizas, o que traduz o imperativo de um sistema permeado pelo acesso efetivo e não apenas teórico à justiça, o amparo a julgamentos imbuídos pelo contraditório fático, à tutela da integridade das partes e à repulsa firme contra qualquer arbítrio estatal praticado sob as vestes judiciais (Barros, 2025, p. 7855).

Infere-se, assim, que a dignidade da pessoa humana não encerra apenas um valor poético ou programático; cuida-se de um imperativo moral com aplicação inarredável, capaz de moldar tanto a feitura quanto a interpretação legislativa e judicante. Em obediência à Constituição e ao corpo de tratados vigentes, repudia-se sem moderação qualquer forma de desumanização. Para o direito processual e sancionatório no Estado Democrático, o princípio irradia-se em deveres como a proibição da tortura, o veto à aplicação de penalidades perpétuas ou cruéis, e a obrigatoriedade estrita de tutelar, a incolumidade física e mental do indivíduo colocado sob tutela estatal, sendo uma métrica basilar da qual não se pode recuar sob nenhum pretexto utilitário ou burocrático.

1.2 A dignidade da pessoa humana como limite à atuação punitiva do Estado

A sociedade humana, ao longo de sua trajetória, sempre enfrentou diversas disputas, resolvendo frequentemente suas divergências por intermédio da força. Na história, foi nesse contexto de embates que surgiu a lei de Talião, a qual defendia a premissa de "olho por olho, dente por dente" como uma das formas primárias de se penalizar os comportamentos considerados inadequados pela comunidade. Contudo, à medida que o sistema jurídico e civilizatório evoluiu, o papel do judiciário e do Estado foi transformado, passando a ter como missão central a proteção dos direitos individuais, coletivos e sociais, além de mediar os conflitos entre os

indivíduos, as organizações e o próprio aparato estatal. No âmbito da prática de crimes, os infratores passaram a cumprir penas em instituições prisionais, um ambiente onde a imposição da lei buscava, sob a ótica teórica, reparar a dívida do transgressor com a sociedade (Nascimento, 2025, p. 1).

É fundamental estabelecer, preliminarmente, a distinção conceitual e prática entre a prisão e a pena. A prisão refere-se, estritamente, à instituição pública edificada e mantida pelo Estado, onde um indivíduo é acolhido e segregado para cumprir a sua reprimenda (Cordeiro *et al.,* 2026, p. 2). Por outro lado, a pena diz respeito à imposição de uma medida repressora, legalmente prevista, que visa resguardar e proteger os valores e os bens jurídicos fundamentais de uma sociedade (Cordeiro *et al*., 2026, p. 3). Na história, a criação da prisão como instituição foi o produto de um longo processo de racionalização do poder punitivo estatal, impulsionado por preceitos de cunho humanitário que pretendiam, primordialmente, substituir as antigas penas de suplício e cruéis por sanções que fossem juridicamente controladas e limitadas (Cordeiro *et al.,* 2026, p. 2). Esse movimento histórico consolidou a privação de liberdade como a principal resposta penal moderna; todavia, essa imposição deve estar sempre e incondicionalmente limitada pelos princípios constitucionais e pelo respeito irrestrito aos direitos fundamentais (Cordeiro *et al.,* 2026, p. 2).

Nesse diapasão, os direitos da personalidade constituem um dos pilares inarredáveis da ordem jurídica brasileira, encontrando dentro do sistema penal um campo de permanente tensão entre a necessidade imperiosa de punição por parte do Estado e a obrigação de preservação da dignidade humana (Castro; Andrade, 2025, p. 1). O sistema criminal detém o monopólio do uso da força e a capacidade legal de simultaneamente proteger a sociedade e violar, caso não seja controlado, os aspectos mais íntimos da condição humana do condenado (Castro; Andrade, 2025, p. 1). Por conta desse infortúnio e dessa assimetria de poder, a evolução legal ao longo dos anos procurou trazer um escudo de proteção mais sólido para os encarcerados, assegurando-lhes benefícios legais e a garantia teórica de melhores condições durante o cumprimento do labor ou da pena (Pereira Junior; Gomes; Vingi, 2025, p. 15).

A preservação desses direitos da personalidade no âmbito penal não pode se limitar à aplicação meramente formal de garantias processuais em audiências ou tribunais. Ao revés, exige-se do Estado uma compreensão profunda e ampla da dignidade humana, a qual deve permear de forma contínua todas as etapas da

persecução, desde a investigação criminal inicial até a completa execução penal nas penitenciárias (Castro; Andrade, 2025, p. 1). Fica evidente que a privação da liberdade de locomoção, inerente à condenação, não é, de forma alguma, sinônimo de perda dos demais direitos fundamentais do indivíduo (Cordeiro *et al*., 2026, p. 1).

A dignidade da pessoa humana, sendo uma qualidade inerente e distintiva de cada indivíduo, torna-o merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, independentemente de sua condição de apenado. Esse princípio implica um complexo indissociável de direitos e deveres fundamentais que têm o escopo de assegurar a pessoa contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, garantindo-lhe as condições existenciais mínimas para uma sobrevivência saudável. Tal dignidade jamais poderá ser violada ou sacrificada de forma absoluta, operando como o limite máximo à intervenção do Estado (Silva, 2024, p. 15).

Ocorre que a realidade fática do sistema prisional brasileiro configura um dos principais desafios do atual Estado Democrático de Direito. Criado sob a perspectiva normativa da Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210/1984), o sistema carcerário tinha o intuito declarado de punir os infratores de forma proporcional e, facilitar a sua reintegração harmônica à sociedade (Nascimento, 2025, p. 1). A referida lei estabelece um arcabouço jurídico considerado avançado e orientado, em sua gênese, pela promoção da dignidade humana, prevendo assistências materiais, jurídicas, educacionais e de saúde. Contudo, a aplicação prática dessa lei revela uma profunda contravenção com os princípios que a inspiraram, evidenciando uma inefetividade sistêmica da execução penal no Brasil (Pereira Junior; Gomes; Vingi, 2025, p. 1-2).

O sistema carcerário pátrio enfrenta uma crise estrutural crônica e endêmica, marcada pela superlotação de suas galerias, pelas condições sub-humanas das unidades de detenção e pelas frequentes violações dos direitos fundamentais das pessoas privadas de liberdade, o que, de fato, está longe de ser uma novidade no cenário nacional. O contínuo e desenfreado crescimento da população carcerária, aliado diretamente à ausência de políticas públicas efetivas de infraestrutura e acolhimento, evidencia um descompasso abissal entre o ideal normativo estatuído na Constituição Federal e a dura realidade vivenciada no sistema prisional (Cordeiro *et al.,* 2026, p. 2). O Brasil figura hoje entre as nações com as maiores taxas de encarceramento do mundo, gerando uma condição de superpopulação que transcende a mera questão estatística ou numérica, tornando-se o núcleo de uma

complexa rede de violações aos direitos humanos básicos (Nascimento, 2025, p. 1; Melo; Barcellos, 2026, p. 1).

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 5º, inciso XLIX, estabelece como garantia inegociável aos detentos o respeito à sua integridade física e moral. Esse mandamento está ligado ao fundamento da dignidade da pessoa humana, previsto no artigo 1º, inciso III, da Carta Magna (Nascimento, 2025, p. 1). No entanto, o fenômeno da superlotação resulta em consequências calamitosas e condições de vida precárias, materializadas por celas insalubres, infraestrutura insuficiente e degradada, assistência à saúde deficiente ou até mesmo inexistente, e alimentação imprópria para o consumo (Nascimento, 2025, p. 2). Tais privações criam um ambiente propício ao aumento de doenças infectocontagiosas e favorecem de forma contínua a violência física, institucional, psicológica e sexual intramuros (Nascimento, 2025, p. 2; Pereira Junior; Gomes; Vingi, 2025, p. 1).

Na prática cotidiana, o sistema prisional brasileiro tem funcionado como um espaço de exclusão social e de eliminação da dignidade humana, o que inviabiliza por completo a almejada função ressocializadora da pena (Cordeiro *et al.,* 2026, p. 2). Essa realidade cruel não só anula as chances de reintegração do indivíduo à comunidade, mas também intensifica os índices de reincidência criminal e fortalece sobremaneira a atuação de grupos e facções criminosas, que nascem, se organizam e se desenvolvem justamente na ausência de ação e de controle por parte do Estado (Nascimento, 2025, p. 2). As deficiências estruturais revelam a absoluta incapacidade do Estado em proporcionar as mínimas condições exigidas às pessoas que colocou sob sua custódia forçada, ferindo de morte a legitimidade do próprio sistema penal e a efetividade das políticas de segurança pública (Cordeiro *et al.,* 2026, p. 2; Melo; Barcellos, 2026, p. 1).

A reiteração sistêmica dessas infrações institucionais, mesmo diante de todas as promessas legais, normativas internas e acordos internacionais de direitos humanos firmados pelo Brasil, impulsionou o Supremo Tribunal Federal (STF) a intervir no cenário. No julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 347, a Suprema Corte declarou formalmente a ocorrência de um "Estado de Coisas Inconstitucional" no sistema carcerário do país. Essa decisão paradigmática e emblemática reconheceu que existe uma situação de violação em massa, generalizada e constante de direitos fundamentais, oriunda de uma omissão estrutural e permanente dos poderes públicos (Nascimento, 2025, p. 2; Cordeiro *et al*., 2026, p. 2). Ficou evidenciada a inadequação da infraestrutura e a

inércia do Estado em assegurar o mínimo existencial a um número gigantesco de indivíduos, autorizando a atuação do Judiciário para impor a salvaguarda das garantias das pessoas encarceradas (Nascimento, 2025, p. 2; Cordeiro *et al.,* 2026, p. 1).

Nesse contexto analítico, a doutrina jurídica fornece contornos claros sobre os deveres estatais. Nesse sentido, aprofunda-se a reflexão sobre a relação indissolúvel entre o mínimo existencial e a dignidade humana, aplicando-a diretamente ao contexto sombrio dos presídios brasileiros. Segundo essa premissa, se a pessoa humana é o verdadeiro centro de gravidade do Direito, suas necessidades biológicas e psíquicas básicas (como abrigo, saúde e alimentação) devem ser imperativamente garantidas, mesmo que o sujeito esteja cumprindo pena restritiva de liberdade na prisão. De forma complementar, é sublinhada a eficácia dos direitos fundamentais e ressaltado o papel inafastável do Poder Judiciário em controlar e punir as omissões administrativas cometidas pelo poder público. Desta forma, a tese financeira da "reserva do possível" não pode, sob nenhum pretexto, ser invocada pelo ente estatal para justificar o descumprimento de seus deveres fundamentais de custódia, proteção à vida e preservação da integridade física do preso (Santos, 2026, p. 1).

Ainda sob a ótica da filosofia do direito, a doutrina sustenta que os direitos fundamentais operam como verdadeiros "trunfos" que os indivíduos detêm contra as decisões coletivas ou estatais que possam lhes causar um prejuízo indevido. No cenário específico dos detentos, esses "trunfos" legais representam a única e última barreira jurídica capaz de protegê-los contra a violência imposta pelas facções criminosas e contra o descaso e a omissão das próprias autoridades públicas que deveriam tutelá-los. A responsabilidade estatal pela preservação da integridade da população carcerária é ampla, inegociável e encontra seu alicerce em valores éticos inquebrantáveis (Santos, 2026, p. 1).

A consolidação de um Estado Democrático de Direito impõe que a execução da pena ocorra sem a supressão do sujeito. Conforme asseverado na doutrina nacional, a dignidade da pessoa humana deve, em sua obrigatoriedade, prevalecer sobre justificativas orçamentárias de reserva do possível ou sobre o apelo a políticas de segurança meramente punitivas, devendo o ordenamento jurídico garantir que o encarceramento não signifique a anulação do indivíduo. O Estado possui o dever indelegável de zelar pela integridade física e moral dos cidadãos custodiados, e a falha contínua na prestação desse dever impõe não apenas a responsabilização civil

objetiva do Estado, mas deslegitima os próprios fundamentos da República. Conforme ecoam as vozes dos juristas que dialogam entre o direito penal clássico e as demandas humanitárias contemporâneas, o Estado não detém a legitimidade moral nem o direito de punir se não tiver a capacidade operacional e ética de proteger aquele que pune. A aceitação social do sistema penal depende diretamente de sua adesão à legalidade e à humanidade durante todo o trajeto do cumprimento da pena (Santos, 2026, p. 1).

A proteção da dignidade humana no sistema penal exige também uma análise interseccional, uma vez que a política criminal atua, não raras vezes, de forma seletiva. A dogmática crítica aponta os desafios contemporâneos impostos pela criminalização seletiva e pelo encarceramento em massa, que atingem na sua desproporcionalidade grupos vulneráveis e historicamente marginalizados (Castro; Andrade, 2025, p. 1). As lacunas na salvaguarda dos direitos da personalidade afetam de forma assimétrica essas parcelas da população, evidenciando a necessidade de uma revisão profunda da política criminal vigente (Castro; Andrade, 2025, p. 2). Argumenta-se a urgência na descriminalização de condutas que não causam dano social relevante, bem como a necessidade de se priorizar uma abordagem que coloque a dignidade no centro das práticas penais, combatendo o punitivismo cego (Castro; Andrade, 2025, p. 2).

Para reverter esse quadro e promover o resgate da dignidade da pessoa humana como limite efetivo do poder de punir, as instituições públicas precisam operar de forma proativa. A Defensoria Pública, por exemplo, tem desempenhado um papel importante na dimensão preventiva e educativa, promovendo ações de educação em direitos. Tais ações visam empoderar os cidadãos que se encontram inseridos na malha punitiva e fortalecer a cultura do respeito aos direitos fundamentais. Esse tipo de educação é indispensável no seio de comunidades vulneráveis, onde o conhecimento pleno sobre os próprios direitos opera como um mecanismo vital de proteção primária contra abusos estatais e violações perpetradas pelas forças de segurança (Castro; Andrade, 2025, p. 14).

Complementarmente, a superação dessa crise humanitária exige a formação técnica continuada e humanizada de todos os profissionais que integram o sistema de justiça. É um imperativo legal e ético que magistrados, membros do Ministério Público, defensores, autoridades policiais e agentes penitenciários recebam uma formação sólida e adequada sobre os Direitos Humanos e sobre a tutela dos direitos da personalidade (Castro; Andrade, 2025, p. 14). Esse treinamento visa ao

desenvolvimento de uma sensibilidade aguçada para identificar de imediato, e prevenir ativamente, as variadas formas de violações no interior dos estabelecimentos de custódia, rompendo o ciclo de invisibilidade do sofrimento no cárcere (Castro; Andrade, 2025, p. 14).

A afirmação internacional da dignidade humana também serve como parâmetro inafastável limitador do sistema penal. No Brasil, os tratados e as convenções internacionais que versam sobre direitos humanos, desde que aprovados pelas Casas do Congresso Nacional em dois turnos e por três quintos dos votos, adquirem uma natureza equivalente à de emendas constitucionais. Uma vez cumpridas as fases de assinatura, aprovação, ratificação, promulgação e publicação, esses diplomas internacionais integram o ordenamento jurídico pátrio de forma cogente (Silva, 2024, p. 50). A sua aplicabilidade, supervisionada por cortes de alcance supranacional, como a Corte Interamericana de Direitos Humanos, assevera que as restrições aos direitos dos detentos devem sofrer sempre uma interpretação restritiva, enquanto a formulação das garantias deve ser interpretada pelo princípio *pro homine* (a favor da pessoa) (Silva, 2024, p. 49). Essas diretrizes reafirmam, de forma inequívoca, o postulado global de que a proibição de torturas ou penas cruéis, desumanas e degradantes não admite derrogações ou justificativas administrativas baseadas em contingenciamento de verbas (Silva, 2024, p. 22).

Destarte, constata-se que a dignidade da pessoa humana não encarna apenas uma matriz filosófica abstrata, mas um verdadeiro mandamento de ordem pública que estabelece o limite máximo e absoluto da atuação punitiva do Estado brasileiro (Cordeiro *et al.,* 2026, p. 1). Rechaça-se, portanto, a ideia de que a sanção privativa de liberdade constitua uma autorização tácita para a coisificação do apenado ou para a imposição de um suplício contínuo. Asseverar o respeito intransigente às normativas da Constituição e da Lei de Execução Penal não se traduz em complacência com a criminalidade, mas revela-se como a única conduta compatível com a manutenção de um Estado que se intitula civilizatório, ético e submisso ao império da lei. A verdadeira ressocialização e a segurança da coletividade dependem diretamente da capacidade estatal de garantir que os direitos fundamentais à honra, à imagem, à integridade física e moral, e as condições mínimas de existência sejam integralmente preservadas nas sombras de suas próprias prisões.

1.3 Direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei

A compreensão dos transtornos mentais e o tratamento dispensado pelo Estado a esses indivíduos passaram por uma longa evolução ao longo da história, sendo marcados por diferentes interpretações culturais, religiosas e científicas (Matos; Saraiva, 2025, p. 4). Em períodos anteriores ao desenvolvimento da ciência moderna, os sintomas de sofrimento psíquico eram geralmente associados a manifestações sobrenaturais, possessões espirituais ou castigos divinos (Matos; Saraiva, 2025, p. 4). Na Grécia Antiga, os distúrbios mentais eram atribuídos à possessão por divindades, sendo os afetados julgados como bons ou maus conforme o conteúdo de suas manifestações (Matos; Saraiva, 2025, p. 4). Hipócrates tentou romper com essa visão místico-religiosa ao propor a teoria dos humores, correlacionando a loucura ao desequilíbrio de substâncias corporais, como a bile negra (Matos; Saraiva, 2025, p. 4).

Durante a Idade Média, no entanto, houve um brutal retrocesso nas concepções racionais. O saber médico-científico cedeu lugar às interpretações religiosas e demonológicas (Matos; Saraiva, 2025, p. 4). A psiquiatria concebe a Idade Média como a "Idade das Trevas", período em que se abandonou a ideia de doença mental natural (Bomtempo, 2023, p. 116). Aqueles acometidos pela loucura eram vistos como alvos de bruxaria, o que resultou em perseguições extremas, envio para fogueiras e submissão a hospitais que funcionavam como verdadeiras prisões, com grandes jaulas para deter os "furiosos", onde eram, inclusive, exibidos ao público como animais em zoológicos (Bomtempo, 2023, p. 116; Matos; Saraiva, 2025, p. 5).

A partir do Renascimento, com o ressurgimento do pensamento científico, a loucura passou a ser gradativamente tratada como uma condição patológica. Contudo, Michel Foucault descreve esse momento como o início da "doutrina da exclusão" (Foucault, 1978, p. 12). Na França, a criação do Hospital Geral de Paris, em 1656, por decreto do Rei Luís XIV, marcou a política de "limpeza social", na qual os loucos passaram a ser institucionalizados junto com mendigos, prostitutas e criminosos, sendo afastados do âmbito da sociabilidade e conduzidos a um processo agudo de estigmatização (Bomtempo, 2023, p. 116; Matos; Saraiva, 2025, p. 5).

Foi com o advento do Iluminismo e os ideais da Revolução Francesa que Philippe Pinel inaugurou a psiquiatria moderna. Pinel libertou os internos dos asilos de seus grilhões, defendeu um tratamento digno e propôs que os transtornos mentais deveriam ser tratados como doenças a partir da observação clínica (Matos; Saraiva, 2025, p. 5; Bomtempo, 2023, p. 117). Esse período também delineou a gênese da Psiquiatria Forense, destacando-se o médico Paolo Zacchia, que estabeleceu bases para correlacionar a medicina com o Direito, tentando distinguir a loucura criminosa de outras formas de comportamento desviante (Matos; Saraiva, 2025, p. 5). A despeito desses avanços, no Brasil e no mundo, a política de atenção à saúde mental consolidou-se de forma "hospitalocêntrica", com a internação psiquiátrica compulsória assumindo o papel de principal intervenção, o que culminou em atrocidades como as vivenciadas no Hospital Colônia, em Barbacena, onde milhares de pessoas pereceram em razão da superlotação e do abandono estatal (Bomtempo, 2023, p. 118).

Como já apontado, como reação a esse modelo oficial segregador, emergiu o movimento antimanicomial. No campo jurídico brasileiro, o maior símbolo dessa luta foi a aprovação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), que dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial (Cacicedo; Santos, 2022, p. 322). A referida legislação estabelece que a internação deve ser adotada apenas para situações excepcionais, como última medida terapêutica, sendo vedada em instituições com características asilares (Nunes; Costa; Oliveira, 2023, p. 723). Entretanto, o tratamento das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei revela um grave paradoxo, visto que o Código Penal mantém um modelo centrado na periculosidade e manicomial que colide com a Lei Antimanicomial (Cacicedo; Santos, 2022, p. 322).

No Sistema de Justiça Criminal contemporâneo, a responsabilização da pessoa com transtorno mental que comete um ilícito é regida pelo artigo 26 do Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848/1940) (Nunes; Costa; Oliveira, 2023, p. 724). O indivíduo considerado inimputável - aquele que, ao tempo da ação, era inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento devido à doença mental - é isento de pena, sendo submetido a uma medida de segurança (Nunes; Costa; Oliveira, 2023, p. 724; Cacicedo; Santos, 2022, p. 323). Se a pena comum pressupõe a culpabilidade, a medida de segurança foi construída a partir da noção de "periculosidade", partindo da presunção de que o

sujeito com transtorno mental representa um constante risco de praticar novos delitos, devendo ser submetido a um tratamento sob contenção para a "defesa social" (Cacicedo; Santos, 2022, p. 323; Nunes; Costa; Oliveira, 2023, p. 725).

A dogmática penal aponta, contudo, que a aplicação quase automática da internação tem origem em preconceitos e estigmas (Cacicedo; Santos, 2022, p. 324). No censo sobre os manicômios judiciários, realizado em 2011, restou constatado que não existem evidências científicas de que a periculosidade do agente esteja relacionada à sua classificação psiquiátrica específica, configurando-se a periculosidade como um mero mecanismo de controle e exercício de poder, que gera um sistema violador de direitos fundamentais (Nunes; Costa; Oliveira, 2023, p. 726). Para aferir essa imputabilidade, o sistema penal utiliza o incidente de insanidade mental, transferindo a decisão fundamental para a perícia psiquiátrica (Nunes; Costa; Oliveira, 2023, p. 725-726).

O Código Penal (art. 97) estabelece a internação compulsória (medida detentiva) em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) como regra para crimes puníveis com reclusão, restando o tratamento ambulatorial facultado apenas para crimes apenados com detenção. Assim, o critério que define o destino do adoecido não é o seu quadro clínico ou sua real necessidade terapêutica, mas sim a gravidade do crime (Cacicedo; Santos, 2022, p. 324). Essa lógica centraliza-se na neutralização da pessoa, ignorando o cuidado com a sua saúde. Nesse sentido, os HCTPs atuam como "instituições totais", caracterizadas pelo caráter segregatório e pela perda da subjetividade e individualidade, nas quais ocorre a mortificação do "eu" do interno, submetido a um processo de desaculturação e alienação da vida em liberdade (Nunes; Costa; Oliveira, 2023, p. 729; Cacicedo; Santos, 2022, p. 325-326).

Somando-se à crueldade asilar, a legislação prevê a indeterminação do prazo máximo da medida de segurança, o que na prática resultou em sanções perpétuas, ofendendo a Constituição Federal (Cacicedo; Santos, 2022, p. 325). Para corrigir parcialmente essa contradição jurídica e garantir patamares mínimos de respeito aos direitos fundamentais, o Supremo Tribunal Federal (STF) interveio, fixando que a medida não poderia ultrapassar o limite geral das penas no Brasil (30 anos, recentemente elevado a 40), enquanto o Superior Tribunal de Justiça (Súmula 527) limitou o tempo máximo da medida de segurança ao máximo da pena cominada ao delito (Nunes; Costa; Oliveira, 2023, p. 728; Cacicedo; Santos, 2022, p. 325). Ainda assim, mesmo com limites temporais, o regramento manicomial impõe a

desinternação apenas mediante a comprovação da "cessação da periculosidade", submetendo o indivíduo a um controle condicional de retorno ao cárcere (Cacicedo; Santos, 2022, p. 325).

A violação aos direitos fundamentais desse grupo vulnerável manifesta-se desde o primeiro contato com o sistema de justiça criminal, notadamente nas Audiências de Custódia (ACs). Desenhadas para evitar prisões arbitrárias, as ACs sofrem, em relação à pessoa com transtorno mental, um agudo fenômeno de "psiquiatrização" (Campos *et al.,* 2022, p. 2). Sob a perspectiva de Michel Foucault e da biopolítica de Estado, a loucura é interpretada pelos operadores do Direito como sinônimo de risco e perigo (Foucault, 1978, p.52). Dessa forma, forja-se a estigmatização da anormalidade, fazendo com que o dispositivo (audiência) que deveria assegurar a liberdade seja subvertido em uma ferramenta de captura, que justifica o encarceramento compulsório com o falso pretexto de proteção médica e segurança da população (Campos *et al.,* 2022, p. 4-5).

Diante desse cenário de violações estruturais, a incorporação do "modelo social da deficiência" pelo ordenamento jurídico nacional apresentou um giro ético necessário. A ratificação da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), com status de emenda constitucional, e a edição da Lei nº 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência - EPD) refutaram o arcaico modelo médico que buscava neutralizar ou enclausurar o sujeito para curá-lo (Nunes; Costa; Oliveira, 2023, p. 726-727). O modelo social biopsicossocial entende que o transtorno ou deficiência não deve justificar exclusão, mas atesta que a incapacidade surge do choque entre os impedimentos da pessoa e as barreiras ambientais impostas pela sociedade (Nunes; Costa; Oliveira, 2023, p. 726-727). Ademais, o EPD promoveu alterações profundas, extinguindo a presunção absoluta de incapacidade civil para as pessoas com transtornos mentais, assegurando a autonomia existencial (Bomtempo, 2023, p. 132-133).

Para alinhar a execução penal a esse modelo civilizatório, a doutrina propõe a aplicação do "regime de dupla garantia". Esse modelo assevera que as medidas de segurança devem respeitar, de um lado, todas as garantias penais (para que o inimputável não sofra repressão superior à do imputável) e, simultaneamente, devem agregar as normas protetivas da legislação de saúde mental (Cacicedo; Santos, 2022, p. 321-322). A materialização dessa dupla garantia exige o rompimento definitivo com os manicômios judiciários e a vinculação inafastável da

assistência aos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Oliveira *et al.,* 2023, p. 6-7).

Na prática gerencial dos HCTPs, pesquisas empíricas revelam que a assistência ainda é pautada pelo controle e pela medicalização, e não por perspectivas clínicas emancipatórias. Gestores e profissionais de saúde reconhecem que as características estruturais e as rígidas rotinas de segurança prisionais inviabilizam as práticas de reabilitação e dificultam a elaboração do chamado Projeto Terapêutico Singular (PTS), que deveria ser a ferramenta central para a reintegração individualizada do paciente (Oliveira *et al.,* 2023, p. 7-8).

Ademais, no campo da desinstitucionalização, ressalta-se a severa fragmentação dos vínculos familiares. A capacidade da família de acolher e cuidar de pessoas em sofrimento psíquico é uma questão central nas políticas contemporâneas (Oliveira *et al.,* 2023, p. 7). A ocorrência de atos violentos praticados contra parentes (como parricídios) provoca forte comoção e rompe o núcleo afetivo (Matos; Saraiva, 2025, p. 3). Consequentemente, observa-se expressiva resistência das famílias em receber o interno de volta, motivada não apenas pelo medo, mas também pelo baixo nível socioeconômico e pelo quase inexistente suporte da rede de saúde pós-alta (Oliveira *et al*., 2023, p. 7; Matos; Saraiva, 2025, p. 3).

Torna-se imperioso concluir que a imposição de responsabilização penal e o cumprimento das medidas de segurança para o portador de transtorno mental demandam urgente conformação ao sistema de saúde coletivo e de direitos humanos. O abandono do enclausuramento asilar e a transição para métodos que envolvam a RAPS, o acompanhamento psicossocial contínuo, o fortalecimento das redes familiares e a interdisciplinaridade (entre Direito, Psiquiatria e Psicologia) são os únicos caminhos constitucionais para cessar a violência punitiva e efetivar, concretamente, os direitos fundamentais daqueles cujas mentes estão em conflito com a lei.

1.4 A aplicação da dignidade da pessoa humana na execução das medidas de segurança

A fase de execução das medidas de segurança no ordenamento jurídico brasileiro consubstancia o momento crítico em que os preceitos teóricos, filosóficos e dogmáticos do Direito Penal entram em rota de colisão direta com a realidade institucional e com a materialidade dos direitos fundamentais do indivíduo tutelado. A doutrina penal clássica estabelece uma distinção estrutural profunda entre a pena privativa de liberdade e a medida de segurança. Enquanto a pena possui um caráter essencialmente retributivo e preventivo, ancorando-se no juízo de culpabilidade do agente imputável que cometeu o delito, a medida de segurança ostenta uma natureza precipuamente preventiva, sendo destinada aos sujeitos inimputáveis e semi-imputáveis, e encontrando o seu fundamento normativo exclusivo na "periculosidade" (Freitas; Oliveira, 2019, p. 60; Silva; Iribure Júnior, 2024, p. 57).

Contudo, a despeito de a legislação pátria rotular essa medida como uma espécie de "tratamento" de cunho curativo, a dogmática crítica adverte que não há como mascarar ou negar o seu inegável caráter aflitivo (Silva; Iribure Júnior, 2024, p. 60). A intervenção imposta pelo Estado, seja por meio da internação em hospitais de custódia, seja pela sujeição a tratamentos ambulatoriais forçados, impõe severas restrições e privações aos direitos basilares da pessoa, consistindo, em um mal imposto pelo aparelho repressor estatal (Silva; Iribure Júnior, 2024, p. 60). É nesse cenário de coerção e vulnerabilidade extrema que a aplicação e a observância do princípio da dignidade da pessoa humana devem atuar como o vetor limitador máximo contra a hipertrofia do poder punitivo.

A Constituição da República Federativa do Brasil, ao erigir a dignidade da pessoa humana a fundamento do Estado Democrático de Direito, preceitua que qualquer espécie de sanção penal, abarcando inexoravelmente as medidas de segurança, exige estrita obediência aos ditames da legalidade, da humanidade e da proporcionalidade (Santos; Brito, 2019, p. 110-112). Tal premissa constitucional impõe que o indivíduo inimputável inserido no sistema de justiça criminal seja reconhecido e tratado, como um sujeito portador de direitos inalienáveis. Consequentemente, a fase de cumprimento da sanção estatal deve repelir, de forma absoluta, toda e qualquer modalidade de tratamento cruel, desumano, degradante

ou que reduza o adoecido a um mero objeto de gestão de risco ou de isolamento profilático (Santos; Brito, 2019, p. 112).

Para que se compreenda a dimensão das violações que perpassam a execução, faz-se imperiosa a análise crítica do seu principal alicerce estruturante, isto é, o conceito de "periculosidade". A criminologia e a dogmática penal apontam que a periculosidade consiste, na sua essencia, em um juízo de probabilidade; trata-se de um prognóstico de que o indivíduo, em decorrência de sua condição patológica, apresentaria uma propensão a voltar a delinquir no futuro (Freitas; Oliveira, 2019, p. 60; Lemos, 2021, p. 133; Goettems; Azambuja, 2024, p. 159). Essa concepção tem raízes no positivismo criminológico do final do século XIX, escola teórica que foi influenciada por um determinismo biológico que insistia em vincular a doença mental de forma intrínseca à amoralidade e à figura do criminoso nato (Silva; Iribure Júnior, 2024, p. 66).

Submeter a execução de uma sanção penal, limitadora do direito sagrado de ir e vir, a um mero "exercício de futurologia", punindo o sujeito não pelo fato que ele comprovadamente praticou, mas sim por aquilo que o Estado presume que ele poderá vir a fazer, representa uma das mais graves afrontas ao chamado "Direito Penal do fato" (Silva; Iribure Júnior, 2024, p. 67-68; Lemos, 2021, p. 132-135). A manutenção dessa categoria como pressuposto para a privação de liberdade perpetua a rotulação do doente sob o estigma irremovível de "louco perigoso", abarcando uma intervenção punitiva sob a falsa aparência de assistência terapêutica, ofendendo, em última análise, o postulado da dignidade (Silva; Iribure Júnior, 2024, p. 67-68; Freitas; Oliveira, 2019, p. 58-60).

O desdobramento mais severo e antidemocrático da fundamentação centrada na periculosidade reside, na prática processual, na indeterminação do prazo de cumprimento da medida de segurança. O artigo 97, parágrafo 1º, do Código Penal Brasileiro estabelece que a internação (ou o tratamento ambulatorial) perdurará por tempo indeterminado, fixando apenas um prazo mínimo de 1 a 3 anos (Freitas; Oliveira, 2019, p. 60; Silva; Iribure Júnior, 2024, p. 59). A norma prescreve que a sanção executória somente será extinta quando for atestada a "cessação da periculosidade" mediante rigorosa perícia médica psiquiátrica (Silva; Iribure Júnior, 2024, p. 59).

Ocorre que, diante da notória fragilidade material e humana da rede de saúde atrelada aos presídios e da impossibilidade científica de se atestar, com exatidão empírica absoluta, a cessação definitiva de um "risco" ou de uma potencialidade

futura, a indeterminação desse regramento converte a medida de segurança, na concretude dos fatos, em uma autêntica pena de caráter perpétuo (Silva; Iribure Júnior, 2024, p. 59). A perpetuidade da sanção institucionaliza uma condenação que não encontra fim, colidindo de maneira frontal e absoluta com o texto do artigo 5º, inciso XLVII, alínea "b", da Constituição da República, que proíbe, expressamente e sem ressalvas, a aplicação de penas de caráter perpétuo no país (Santos; Brito, 2019, p. 112).

Para tentar frear essa ofensa material à Constituição e impor balizas à ação restritiva do Estado, a jurisprudência pátria foi obrigada a intervir, modulando os contornos da execução da medida de segurança. O Supremo Tribunal Federal (STF), provocado a se manifestar sobre as internações infindáveis, firmou entendimento jurisprudencial limitando o tempo máximo de duração da medida de segurança ao teto geral de cumprimento de pena privativa de liberdade vigente no Brasil, estipulado em 30 anos (parâmetro recentemente elevado para 40 anos pelas inovações legislativas do Pacote Anticrime) (Cacicedo; Santos, 2022, p. 325). Em um movimento de restrição ainda mais incisivo e pautado pelo princípio da proporcionalidade, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) editou a Súmula nº 527 (Freitas; Oliveira, 2019, p. 61). Tal enunciado consolidou o preceito normativo de que o tempo de duração da medida de segurança, na fase de execução, não deve, sob nenhuma hipótese, ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao próprio delito que ensejou a instauração do processo criminal (Cacicedo; Santos, 2022, p. 325; Freitas; Oliveira, 2019, p. 61).

A Lei Antimanicomial, que deveria reger todas as políticas de saúde mental no país, veda taxativamente o tratamento em instituições com características asilares e impositivas (Prado; Schindler, 2017, p. 649; Silva; Iribure Júnior, 2024, p. 58). A normativa sanitária impõe que o cuidado ao adoecido seja prestado, obrigatoriamente, no meio aberto, preferencialmente por meio de dispositivos comunitários, estimulando a convivência junto à sociedade e a manutenção imperativa dos laços familiares (Prado; Schindler, 2017, p. 649). A internação, sob a égide desse paradigma civilizatório e de proteção à dignidade, fica condicionada a um *ultima ratio*, sendo uma medida de caráter excepcionalíssimo, adotada unicamente após o esgotamento de todos os recursos extra-hospitalares e regida por laudo médico rigoroso e fundamentado (Silva; Iribure Júnior, 2024, p. 58).

A convivência desse modelo manicomial-penal com a nova ordem jurídica psiquiátrica resulta em uma cotidiana e incalculável violação de direitos humanos ao

longo de toda a fase da execução penal. Os Hospitais de Custódia revelam-se desprovidos de estrutura sanitária mínima que justifique sua denominação de "hospital" (Silva; Iribure Júnior, 2024, p. 47). Relatórios e inspeções expõem uma crônica escassez de médicos psiquiatras, insuficiência de equipes multidisciplinares (como psicólogos e terapeutas ocupacionais) e uma profunda ausência de terapias ressocializadoras adequadas (Silva; Iribure Júnior, 2024, p. 47; Santos; Brito, 2019, p. 120). Os aludidos espaços funcionam como prisões degradantes onde os pacientes perdem a sua identidade pessoal e têm seus elos com o mundo exterior sumariamente rompidos, materializando um isolamento punitivo que contraria qualquer projeto terapêutico focado na desinstitucionalização (Santos; Brito, 2019, p. 120).

O impacto negativo dessa realidade asilar agrava-se de forma acentuada no exato momento em que se deve proceder à avaliação da desinternação e ao encerramento da sanção estatal. Pesquisas de cunho empírico e sociológico evidenciam que a ausência ou ineficiência de políticas públicas articuladas de suporte gera um quadro de abandono estrutural (Prado; Schindler, 2017, p. 649). Em um estudo abrangente realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) do Estado da Bahia, por exemplo, diagnosticou-se a presença de inúmeros pacientes internados há mais de 30 anos (Prado; Schindler, 2017, p. 649). De maneira assustadora, constatou-se que grande parcela desses internos sequer possuía identificação civil válida ou registros existenciais remanescentes, e que seus laços familiares haviam sido corroídos ou integralmente rompidos pela longa permanência no cativeiro (Prado; Schindler, 2017, p. 649).

Mais grave ainda, a pesquisa baiana escancarou que muitos desses sujeitos permaneciam encarcerados na unidade asilar mesmo já possuindo parecer médico e laudo judicial atestando a completa "cessação de periculosidade" (Prado; Schindler, 2017, p. 649). Essa conjuntura trágica e reveladora demonstra que a própria dinâmica do internamento manicomial destrói a sociabilidade do indivíduo de tal maneira que impossibilita o usufruto de sua liberdade, mesmo quando o Estado reconhece o término legal da sanção. Eles permanecem retidos não por necessidade clínica ou punitiva, mas unicamente por não possuírem uma rede de apoio familiar, nem residências terapêuticas organizadas pelo Estado, capazes de acolhê-los do lado de fora dos imensos muros prisionais (Prado; Schindler, 2017, p. 649; Silva; Iribure Júnior, 2024, p. 47).

Diante da persistência perversa desse modelo, que submete os pacientes judiciários à dupla estigmatização, marcando-os de maneira indelével como "loucos e criminosos", a doutrina contemporânea especializada propugna por uma intervenção dogmática reformista, ou seja, a aplicação imperativa do chamado "regime da dupla garantia" durante a fase da execução da medida de segurança (Silva; Iribure Júnior, 2024, p. 64; Cacicedo; Santos, 2022, p. 336). A premissa central desse regime defende que os inimputáveis não devem ter menos direitos que os indivíduos imputáveis (Cacicedo; Santos, 2022, p. 336).

Sob a ótica do regime da dupla garantia, o paciente judicial deve estar resguardado, em um primeiro prisma, por todos os limites processuais, prescricionais e garantias penais destinados aos sujeitos comuns imputáveis, impedindo que a execução assuma um rigor excessivo, autoritário ou que se alongue de forma abusiva e inconstitucional (Cacicedo; Santos, 2022, p. 336). Simultaneamente, e de forma complementar, esses indivíduos devem ser beneficiários diretos de todos os princípios civilizatórios de proteção, acolhimento e assistência integral previstos na legislação moderna de saúde mental (Cacicedo; Santos, 2022, p. 336). Isso significa materializar a execução penal adotando providências como a progressão compulsória para o tratamento ambulatorial e a recusa frontal à prática do isolamento institucionalizado punitivo, que de nada serve à terapêutica (Cacicedo; Santos, 2022, p. 336).

Consoante a essa imperiosa necessidade de alinhar a execução penal aos direitos fundamentais e à dignidade da pessoa humana, o poder público começou a esboçar reações estruturais para abolir a cultura de violações descrita. Como reflexo do modelo da dupla garantia e visando cumprir com os compromissos assumidos pelo país na Corte Interamericana de Direitos Humanos, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) procedeu à publicação do histórico ato normativo consubstanciado na Resolução nº 487/2023 (Silva; Iribure Júnior, 2024, p. 69).

A citada Resolução do CNJ ergue-se como o marco institucional definitivo que busca adequar a atuação do Poder Judiciário aos preceitos da Lei Antimanicomial. O dispositivo normativo determina expressamente aos tribunais do país a desativação gradual e o fechamento inadiável de todas as estruturas de manicômios judiciários e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico existentes no território nacional (Silva; Iribure Júnior, 2024, p. 69). Para suprir a carência do sistema penal, a resolução estipula que, doravante, a aplicação e a execução *stricto sensu* de todas as medidas de segurança deverão ser integral e articuladas e absorvidas pela Rede

de Atenção Psicossocial (RAPS), componente do Sistema Único de Saúde (SUS) (Silva; Iribure Júnior, 2024, p. 69).

Por intermédio desse giro pragmático e axiológico na forma de executar as diretrizes da Justiça Criminal, as instituições jurídicas pretendem extirpar de vez a lógica prisional do campo da saúde mental (Silva; Iribure Júnior, 2024, p. 69). Com tal determinação imperativa, almeja-se erradicar o viés castigador, perigosista e neutralizador que imperou por séculos. A finalidade suprema passa a ser a garantia fática de que a resposta sancionatória direcionada à pessoa com adoecimento mental revele-se verdadeiramente emancipatória e terapêutica, exercida com primazia em ambiente de liberdade comunitária e fundada, sem margens para concessões institucionais, no mais absoluto e irrestrito respeito ao axioma constitucional da dignidade da pessoa humana (Silva; Iribure Júnior, 2024, p. 69).

CAPÍTULO 2 – LOUCURA, INSTITUCIONALIZAÇÃO MANICOMIAL E PROCESSOS DE REFORMA

O presente capítulo dedica-se a analisar a complexa teia histórica, sociopolítica e epistemológica que envolve a loucura, não como um mero dado biológico ou natural, mas como uma construção fundamental e atrelada a processos de exclusão e controle social. Historicamente, as fronteiras entre normalidade e patologia foram forjadas por discursos hegemônicos que, sob o manto da cientificidade médica e psiquiátrica, legitimaram a segregação de indivíduos considerados divergentes, improdutivos ou perigosos à ordem estabelecida. O modelo asilar e hospitalocêntrico consolidou-se, assim, como um poderoso dispositivo de normatização e "limpeza social", cujos reflexos no Brasil atingiram contornos graves, a exemplo do caso Hospital Colônia de Barbacena. Em contraposição a esse histórico de violências e silenciamentos, investiga-se também a emergência e a consolidação das resistências que culminaram no movimento da Reforma Psiquiátrica e na Luta Antimanicomial.

Aborda-se a transição paradigmática que buscou desconstruir a hegemonia do confinamento em prol de um modelo de atenção psicossocial, pautado na desinstitucionalização, no cuidado em liberdade e no resgate da cidadania do sujeito em sofrimento mental. Contudo, reconhece-se que esse é um processo inacabado e

em constante disputa, enfrentando hodiernamente os desafios da transinstitucionalização, da medicalização excessiva e das constantes ameaças de retrocessos por meio de contrarreformas. Para aprofundar essas discussões, o capítulo delineia a evolução histórica da percepção da loucura e os processos de exclusão social, evidenciando, a partir de referenciais críticos, como o diagnóstico psiquiátrico atuou como ferramenta de biopoder.

Em seguida, examina-se a gênese internacional do movimento de desinstitucionalização e sua forte articulação no Brasil, analisando os marcos legais, como a Lei nº 10.216/2001, e os obstáculos contemporâneos impostos por novas lógicas de confinamento. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no país é então resgatada de forma minuciosa, desde a instalação dos primeiros asilos no Império, passando pela fase higienista e mercantilista, até a consolidação técnica e política da militância antimanicomial. Por fim, o texto debate as sensíveis relações entre loucura e criminalidade na intersecção com o sistema penal, problematizando a patologização do crime e a urgência de abordagens que garantam a responsabilização subjetiva perante a lei. Dessa forma, busca-se oferecer um panorama reflexivo que embase a compreensão da loucura para além do determinismo clínico, alçando-a ao centro dos debates sobre direitos humanos, ética e alteridade.

2.1 Loucura e processos de exclusão social

A compreensão da loucura como um fenômeno inerente aos processos de exclusão exige, primeiramente, a desconstrução da ideia de que o sofrimento mental consiste em uma característica biológica ou natural inata ao ser humano. A loucura é, fundamentalmente, uma construção fenomênica e sociopolítica, moldada de forma contínua pelas experiências, frustrações e pelo contexto cultural em que o indivíduo está inserido, não existindo, portanto, seres humanos que nasçam "loucos" no sentido essencialista do termo (Barroso Filho; Nicácio; Silva, 2025, p. 66). Identidade e diferença, incluindo as noções de normalidade e anormalidade, não são dados transcendentais da vida, mas sim resultados de um complexo processo de produção simbólica e discursiva que atende a interesses específicos e a jogos de força presentes na sociedade (Chagas *et al.,* 2023, p. 3). Dessa forma, a exclusão social da loucura opera por meio de uma linguagem que classifica, divide e hierarquiza os

sujeitos, conferindo valoração positiva àquele que se adequa à norma e uma carga negativa e estigmatizante ao considerado divergente (Chagas *et al.,* 2023, p. 3-4).

Ao longo da trajetória da humanidade, a forma como a sociedade enxerga, conceitua e trata a loucura sofreu profundas rupturas e descontinuidades, consolidando-se quase como um mecanismo de controle e marginalização. Na Antiguidade Clássica, os gregos e romanos apresentavam concepções distintas, porém, basilares para o pensamento ocidental: enquanto os gregos percebiam a "mania" de forma ambígua, ora como um desequilíbrio comportamental perigoso, ora como um privilégio e uma dádiva divina capaz de comunicar verdades superiores, os romanos focavam na *stultitia*[1], definindo o louco pelo esvaziamento do saber e pela desconexão com a realidade (Lopes, 2025, p. 344-345). No entanto, com a ascensão da Igreja Católica na Idade Média, a loucura perdeu qualquer resquício de status divino ou filosófico e passou a ser interpretada sob a ótica do misticismo, tornando-se sinônimo de maldição, falha da razão e possessão demoníaca, o que justificou práticas de confinamento em porões e execuções em fogueiras (Lima, 2025, p. 4).

A exclusão da loucura também herdou, de maneira literal e simbólica, os espaços físicos deixados por outras formas de marginalização social que a antecederam. Michel Foucault, em sua arqueologia da alienação, demonstrou que, com o fim das Cruzadas e a erradicação epidêmica da lepra na Europa, os leprosários[2] não foram fechados, mas sim repovoados por uma nova categoria de indesejáveis, isto é, os portadores de doenças venéreas, presidiários e as chamadas "cabeças alienadas" (Foucault, 1978, p.7; Lima, 2025, p. 4-5). Qualquer indivíduo cuja conduta apresentasse agressividade, rebeldia, irritação ou mero desvio das condutas morais vigentes era imediatamente taxado como perigoso e incapaz de viver em sociedade, sendo isolado nesses complexos à espera da morte, evidenciando que a exclusão de um grupo social era transferida como uma herança maldita para outro (Barroso Filho; Nicácio; Silva, 2025, p. 71).

A transição para a Renascença inaugurou novas metodologias de segregação, imortalizadas pela figura da *Narrenschiff*, a "nau dos loucos", que

1“*Stultitia* é alguma coisa que a nada se fixa e que em nada se apraz” (Lopes, 2025, p.345)

2“Locais retirados a fim de afastar os acometidos pela doença dos saudáveis” (Lima, 2025, p.4).

consistia em embarcações reais utilizadas para escorraçar os insanos dos muros das cidades europeias, deixando-os à deriva nos rios ou entregando-os a mercadores e peregrinos (Barroso Filho; Nicácio; Silva, 2025, p. 72). Essa prática representava não apenas um expurgo físico, mas a concretização imagética da loucura como uma experiência de desterritorialização, de vida sem rumo e de nomadismo compulsório imposto pela sociedade àqueles que perturbavam a ordem do espaço social (Lopes, 2025, p. 349). O "louco", nesse período, era um ser fascinante e assustador, vagando sem destino fixo, em uma existência errante que antecipava as políticas de confinamento massivo que viriam a caracterizar a Idade Moderna (Barroso Filho; Nicácio; Silva, 2025, p. 72-73).

Com a chegada do Século das Luzes (século XVIII) e a valorização extrema do pensamento cartesiano, a razão tornou-se a métrica absoluta da humanidade, e a falta dela passou a ser combatida através do isolamento sistemático. O internamento nos chamados Hospitais Gerais não possuía qualquer finalidade terapêutica; tratava-se de um espaço sem jurídico e correcional que abrigava indiscriminadamente loucos, libertinos, pobres, prostitutas e doentes, servindo como uma ferramenta para que os grupos sociais privilegiados eliminassem os elementos considerados nocivos ou improdutivos (Barroso Filho; Nicácio; Silva, 2025, p. 74-75). A exclusão tornou-se a resposta institucional para proteger uma sociedade baseada na ordem e no trabalho, transformando o confinamento em uma medida de limpeza social que silenciou a loucura, destituindo-a de sua linguagem própria (Pestana *et al*., 2023, p. 232).

Foi nesse cenário de reclusão indiscriminada que a medicina e, posteriormente, a psiquiatria, emergiram para reivindicar o monopólio sobre o tratamento da loucura, conferindo à exclusão uma aparência de legitimidade científica. O trabalho do médico Philippe Pinel foi emblemático ao desacorrentar os alienados e promover o chamado "tratamento moral", atitude que, embora aparentemente humanista, inaugurou um "aprisionamento terapêutico" muito mais sutil e profundo (Lima, 2025, p. 7). A partir desse momento, a loucura foi categorizada como doença mental, e a psiquiatria assumiu o papel de consertar as falhas do sujeito, estabelecendo o manicômio como o único *locus* possível para a correção, onde a cura passou a ser a dívida submissa do paciente para com o saber médico (Lima, 2025, p. 6-8).

A psiquiatria instituiu-se, assim, como um poderoso dispositivo de poder capaz de produzir discursos, enunciados e representações que colonizaram a

experiência da loucura, impondo uma cisão binária e irreversível entre normalidade e patologia (Lima, 2025, p. 7). O asilo psiquiátrico transformou-se em uma "instituição total", nos termos de Erving Goffman, onde os corpos e as mentes eram atravessados por uma organização disciplinar rigorosa, regulando a vida do indivíduo em todos os seus níveis para torná-lo dócil, controlável e submisso à moralidade do médico psiquiatra (Lima, 2025, p. 8). A terapêutica da loucura converteu-se na arte de subjugar o paciente, inserindo-o em uma teia de relações de força em que o médico exercia um poder absoluto, não apenas ancorado em um saber técnico, mas sobretudo em uma instância moral inquestionável (Barroso Filho; Nicácio; Silva, 2025, p. 84-85).

Para compreender a profundidade dessa exclusão, é imprescindível recorrer às formulações epistemológicas de Georges Canguilhem e Michel Foucault sobre os conceitos de normal e patológico. Canguilhem desvela que a doença não é um mero fato biológico neutro, mas uma construção intimamente valorativa; o estado patológico não representa apenas uma variação estatística em relação à norma, mas sim o estabelecimento de uma norma alternativa que a sociedade julga, de forma arbitrária e moral, como sendo inferior e degradante (Pestana *et al.,* 2023, p. 234-235). Dessa forma, a medicina atua convertendo conceitos descritivos em ideais normativos, hierarquizando as possibilidades de existência e punindo, por meio da medicalização, aqueles que apresentam uma "normatividade vital" divergente daquela eleita como a mais vantajosa pelo sistema dominante (Pestana *et al.,* 2023, p. 235).

Foucault amplia essa crítica ao inserir o diagnóstico psiquiátrico na engrenagem da sociedade disciplinar e do biopoder, elucidando que os ideais iluministas que prometeram liberdades também forjaram disciplinas minuciosas para fixar os indivíduos em padrões de utilidade. Ao mesmo tempo em que a sociedade fabrica o indivíduo normal, ela produz o anormal como uma categoria residual necessária para justificar as tecnologias de vigilância, punição e correção (Pestana *et al*., 2023, p. 236). O biopoder psiquiátrico não atua apenas sobre o corpo individual enclausurado no asilo, mas regula a humanidade como um todo, utilizando a categorização da loucura como um mecanismo profilático para proteger a "saúde" do tecido social contra os desvios, justificando assim a perpetuação da violência institucional sobre os corpos considerados inaptos (Pestana *et al.,* 2023, p. 236-237).

No contexto específico do Brasil, a instrumentalização da loucura como método de limpeza social atingiu proporções genocidas entre o final do século XIX e grande parte do século XX. Impulsionada por ideais higienistas e teorias eugenistas que visavam a modernização urbano-comercial do país, a psiquiatria brasileira aliou-se ao Estado para erradicar das ruas todos os sujeitos que representassem incômodo estético, moral ou econômico (Pestana et al., 2023, p. 230-231). O maior e mais terrível símbolo dessa política foi o Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, conhecido internacionalmente como o "Holocausto Brasileiro", onde aproximadamente 60 mil pessoas foram exterminadas não por doenças incuráveis, mas por fome, frio, tortura, eletrochoques indiscriminados e condições de insalubridade extremas (Batista Junior; Porto, 2025, p. 10).

A análise do perfil das vítimas do Hospital Colônia de Barbacena revela a verdadeira natureza do processo manicomial, visto que, cerca de 70% dos internos não possuíam qualquer diagnóstico prévio de doença mental, sendo encaminhados para a instituição por serem considerados a escória da sociedade (Batista Junior; Porto, 2025, p. 11). Os trens que chegavam a Barbacena despejavam epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, meninas violentadas por patrões, esposas traídas, mendigos, negros, pobres, desafetos políticos e indivíduos sem documentos (Batista Junior; Porto, 2025, p. 11-12). A psiquiatria funcionou, nesse período, como um braço punitivo e higienista do Estado, destituindo essas pessoas de sua condição humana e convertendo a loucura em uma engrenagem lucrativa para governantes e empresários que lucravam com o financiamento e a superlotação do sistema (Batista Junior; Porto, 2025, p. 12-14).

A compreensão dessa exclusão também perpassa a análise espacial, evidenciando como a geografia e as paisagens da psiquiatria foram desenhadas para aniquilar a subjetividade. O processo de internação em manicômios e asilos visava restringir a espacialidade do louco a um confinamento brutal, destituindo-o do convívio comunitário e de seu pertencimento ao meio social urbano (Lopes, 2025, p. 351-352). Nesse ínterim, a paisagem manicomial, com seus blocos de concreto, muros altos, odores de abandono e ausência de liberdade, funcionava não como um espaço de cura, mas como um ambiente de apagamento identitário, onde as infinitas paisagens criativas que habitam a mente daquele considerado louco eram esmagadas pela paisagem homogênea e opressora da normatividade médica (Lopes, 2025, p. 353-356).

Como resposta a essa brutalidade histórica, a literatura brasileira ergueu-se como um fundamental espaço de resistência e de desconstrução das figurações excludentes do sujeito louco. Assim, a ficção literária desempenha o duplo papel de registrar a violência do confinamento e, ao mesmo tempo, problematizar as fronteiras arbitrárias entre sanidade e delírio, conferindo protagonismo àqueles que o discurso oficial tentou silenciar (Souza; Simões, 2025, p. 883). Ao invés de reproduzir o estereótipo do insano perigoso ou inútil, muitos autores constroem personagens que utilizam sua percepção alterada do mundo para denunciar as hipocrisias e as opressões do sistema normativo, transformando a loucura em um dispositivo crítico e em uma metáfora para as diversas formas de alienação social (Souza; Simões, 2025, p. 884).

A obra "Diário do hospício: o cemitério dos vivos", do escritor Lima Barreto, é um dos maiores expoentes dessa denúncia na literatura nacional. Internado no Hospício Nacional dos Alienados, Barreto registrou, a partir de sua própria experiência existencial, a desumanidade da paisagem manicomial, despida de qualquer aura científica e revelada como um verdadeiro depósito de excluídos sociais (Lopes, 2025, p. 354-355). Ao figurar a loucura a partir do interior da instituição, a narrativa de Lima Barreto desconstrói o mito do tratamento e expõe a violência de um sistema que, sob o pretexto da medicina, aplica as mesmas lógicas de sequestro e tortura da Idade Média, reforçando que a exclusão mental estava diretamente atrelada à exclusão de classe e raça (Lopes, 2025, p. 355).

A literatura possibilita, assim, que a exclusão seja ressignificada, permitindo que a loucura seja interpretada não apenas como um desvio a ser corrigido, mas como uma forma legítima e plural de existência humana. Narrativas literárias desestabilizam as concepções hegemônicas de normalidade, sugerindo que a percepção aguda do louco, muitas vezes vista como delírio, pode revelar verdades ocultas sobre a condição social que os indivíduos ditos "normais" se recusam a enxergar (Souza; Simões, 2025, p. 884-885). Tal abordagem resgata a dignidade do sujeito, retirando-o da passividade de paciente psiquiátrico e alçando-o à condição de agente ativo, capaz de transcender os limites impostos pela razão convencional e de reivindicar seu direito ao pertencimento e à cidadania (Souza; Simões, 2025, p. 885-886).

A reação institucional a esse cenário de barbárie e invisibilidade só ganhou contornos efetivos com o fortalecimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e da Luta Antimanicomial nas últimas décadas do século XX. O advento da

Reforma Psiquiátrica, consolidada juridicamente no Brasil pela Lei 10.216/2001, representou um marco ético e legal ao determinar o fechamento gradual dos hospitais psiquiátricos e a proibição das internações como primeira via de tratamento (Lima, 2025, p. 13-14). A nova diretriz preconiza a reabilitação psicossocial e o cuidado em liberdade, estabelecendo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que inclui os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as residências terapêuticas, visando transferir o cuidado do isolamento hospitalar para o convívio territorial e comunitário (Lima, 2025, p. 13-14).

A premissa fundamental desse novo paradigma é a compreensão de que a loucura é uma experiência universal, mas o cuidado deve ser invariavelmente territorial (Lopes, 2025, p. 357). O processo de desinstitucionalização não se restringe a fechar as portas dos manicômios de pedra; ele exige a demolição dos "manicômios mentais" presentes na cultura cotidiana. O cuidado psicossocial busca garantir a autonomia, a dignidade e a reinserção social do usuário, baseando-se em uma corresponsabilização entre o indivíduo, sua família e os serviços de saúde, promovendo um resgate da cidadania que fora historicamente usurpada pelo modelo asilar (Lima, 2025, p. 13).

Apesar dos avanços legais e institucionais promovidos pela Reforma Psiquiátrica, a exclusão social da loucura enfrenta, na contemporaneidade, metamorfoses sofisticadas e perigosas. A ascensão da lógica neoliberal tem promovido um subfinanciamento crônico das estratégias comunitárias de meio aberto e um incentivo financeiro ao retorno de práticas asilares e excludentes (Chagas *et al*., 2023, p. 2). Mais insidiosa ainda é a captura da loucura por uma máquina capitalista que lucra com a patologização de qualquer sofrimento cotidiano, transformando a tristeza, o medo e a singularidade em transtornos catalogados que demandam intervenção imediata da indústria psicofarmacológica (Lopes, 2025, p. 358). Essa nova modalidade de normalização silencia a loucura não mais com correntes, mas com medicamentos que entorpecem as paisagens criativas da mente em prol de uma adaptação compulsória a um sistema produtivista (Lopes, 2025, p. 356).

Portanto, o enfrentamento definitivo da exclusão social não se esgota na modernização dos tratamentos, mas exige a formulação de uma ética radical de alteridade. A alteridade pressupõe o reconhecimento de que a diferença não é um defeito a ser aniquilado ou uma falha adaptativa, mas uma expressão legítima da pluralidade humana (Pestana *et al*., 2023, p. 233-234). A verdadeira inclusão

transcende a mera tolerância passiva ou a inserção marginal em um mundo projetado apenas para os ditos "normais"; ela demanda a construção de uma "sociedade de diferenças", na qual a loucura possa expressar livremente suas linguagens, angústias e genialidades, sem o temor da rejeição social (Lopes, 2025, p. 359). A superação do estigma manicomial é um processo ininterrupto de questionamento das estruturas de poder e de valorização das múltiplas formas de existir, garantindo que o sujeito em sofrimento psíquico recupere o direito inalienável de ser o protagonista de sua própria história e de seu espaço na sociedade (Chagas *et al.,* 2023, p. 5-6).

2.2 Reforma Psiquiátrica e o movimento de desinstitucionalização

O movimento da Reforma Psiquiátrica e o consequente processo de desinstitucionalização representam uma das mais profundas transformações éticas, políticas e epistemológicas no campo da saúde mental. Historicamente, a gênese desse movimento remonta ao período posterior à Segunda Guerra Mundial (1939-1945), momento em que o mundo se deparou com o alarmante número de soldados internados em hospitais psiquiátricos devido a traumas físicos e psicológicos decorrentes do conflito armado (Lucas; Loa, 2025, p. 159). Diante dessa realidade emergente, as sociedades ocidentais começaram a questionar a validade e a ética do modelo hospitalocêntrico, constatando que as instituições asilares se assemelhavam aos campos de concentração utilizados durante a guerra, configurando-se como autênticos espaços de exclusão e opressão sob a proteção da prática clínica (Lucas; Loa, 2025, p. 159). A partir dessa problematização, países como Inglaterra, França e Estados Unidos iniciaram suas próprias experiências de reformulação psiquiátrica, buscando abordagens alternativas ao isolamento asilar (Lucas; Loa, 2025, p. 159).

Contudo, foi a experiência da Reforma Psiquiátrica italiana que se consolidou como o principal referencial teórico e prático para o movimento antimanicomial global e, de maneira muito particular, para o movimento brasileiro. Na década de 1960, a Psiquiatria Democrática italiana, impulsionada pelo médico Franco Basaglia, iniciou um questionamento sobre a maneira como o poder médico atuava e se legitimava em nome da ciência dentro do ambiente de confinamento hospitalar (Brito, 2023, p. 4). A principal reivindicação não visava apenas a melhoria das

condições arquitetônicas ou hoteleiras, mas a garantia irrestrita dos direitos humanos dos internados, revelando que o status ontológico e jurídico dos pacientes nos manicômios era, na verdade, o de prisioneiros destituídos de cidadania (Lucas; Loa, 2025, p. 160).

As intervenções promovidas por Basaglia em hospitais de Gorizia e Trieste culminaram na aprovação da Lei nº 180, em maio de 1978, conhecida mundialmente como "Lei Basaglia", que proibiu a construção de novos hospitais psiquiátricos na Itália, regulamentou as arbitrariedades e reorientou estruturalmente a assistência para serviços comunitários extra-hospitalares (Lucas; Loa, 2025, p. 160; Brito, 2023, p. 4). A experiência italiana atestou que a superação da lógica de segregação exigia a democratização das formas de tratamento e a necessária reintegração do sujeito em sofrimento ao convívio social (Lucas; Loa, 2025, p. 161).

No Brasil, a emergência do movimento pela reforma do modelo de atenção psiquiátrica ocorreu de forma indissociável das lutas pela redemocratização do país na década de 1970, em clara contraposição à violência e à opressão exercidas pelo Estado durante a ditadura militar (Oliveira; Padilha; Oliveira, 2025, p. 587-588). O processo de conscientização foi catalisado pela atuação de entidades pioneiras como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e o Movimento de Renovação Médica (REME), que passaram a discutir a saúde pública não apenas sob uma ótica biologista, mas a partir de "práticas críticas" que propunham formas transformadoras de intervir na saúde da população (Oliveira; Padilha; Oliveira, 2025, p. 588). Nesse contexto de forte mobilização política sindical, surgiu formalmente, em 1978, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), motivado por graves denúncias de violências e maus-tratos nos hospitais vinculados à extinta Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) (Oliveira; Padilha; Oliveira, 2025, p. 588). O estopim para essa mobilização nacional foi a demissão sumária de profissionais no Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro, o que desencadeou a primeira greve no setor público desde o início do regime ditatorial, impulsionando a rápida criação de núcleos sindicais do MTSM por todo o território nacional (Oliveira; Padilha; Oliveira, 2025, p. 588-589).

Ainda no ano de 1978, o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em Camboriú, Santa Catarina, transformou-se em um marco de denúncias e articulações políticas, ficando consagrado historicamente como o "Congresso da Abertura" (Oliveira; Padilha; Oliveira, 2025, p. 589; Brito, 2023, p. 2). A articulação internacional do movimento brasileiro fortaleceu-se substancialmente no ano

seguinte, com a emblemática visita de Franco Basaglia ao Brasil (Oliveira; Padilha; Oliveira, 2025, p. 589). Na ocasião, o psiquiatra italiano não apenas proferiu palestras, mas realizou uma histórica visita de inspeção ao hospício de Barbacena, em Minas Gerais, reconhecido como o maior símbolo do genocídio manicomial nacional (Oliveira; Padilha; Oliveira, 2025, p. 589). A presença internacional de Basaglia e a intensa mobilização política liderada pelo CEBES fizeram com que a "questão psiquiátrica" deixasse de ser um domínio exclusivo de debates técnicos entre médicos alienistas, alcançando definitivamente a imprensa, os movimentos sociais e a sociedade civil organizada em sua totalidade (Oliveira; Padilha; Oliveira, 2025, p. 589).

A consolidação de uma nova diretriz ética e estratégica para o país ocorreu durante o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, sediado na cidade de Bauru, interior de São Paulo, em 1987. Nesse evento, o MTSM sofreu uma transformação qualitativa fundamental, desvencilhando-se de sua roupagem estritamente corporativa e assumindo o caráter de um amplo movimento social, coroado pelo lema definidor: "Por uma sociedade sem manicômios" (Oliveira; Padilha; Oliveira, 2025, p. 590; Brito, 2023, p. 2). Essa formulação textual não foi um mero jargão, mas a expressão de uma ruptura epistemológica sem precedentes. O eixo dos debates intelectuais e práticos abandonou a simples reivindicação por reformas pontuais nos asilos para vislumbrar a superação radical do modelo psiquiátrico tradicional como um todo, combatendo tanto a estrutura arquitetônica do confinamento quanto a falácia da exclusividade do saber biomédico sobre as determinações da loucura (Oliveira; Padilha; Oliveira, 2025, p. 590). Em celebração a esse marco, o dia 18 de maio foi instituído como o "Dia Nacional da Luta Antimanicomial", servindo como um dispositivo anual de reflexão pública e combate à violência institucional (Oliveira; Padilha; Oliveira, 2025, p. 590).

A transição das formulações teóricas para a prática efetiva da desinstitucionalização encontrou sua primeira materialização contundente no município de Santos, São Paulo, em 1989. O governo municipal da época, liderado na pasta da saúde por David Capistrano da Costa Filho, ordenou uma intervenção drástica na clínica psiquiátrica privada Anchieta, medida motivada por reiteradas denúncias de tortura, irregularidades e mortes inexplicáveis de pacientes (Oliveira; Padilha; Oliveira, 2025, p. 590-591). De forma inédita na Administração Pública brasileira, a intervenção não buscou apenas adequar sanitariamente o local, mas extinguir por completo o modelo assistencial que operava como motor produtor

daquelas violências (Oliveira; Padilha; Oliveira, 2025, p. 591). A partir desse fechamento, estruturou-se na cidade uma sofisticada rede de serviços de base territorial, marcada pela criação dos pioneiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e de ferramentas de intervenção cultural, como a Rádio e TV TAM TAM e a Cooperativa Paratodos (Oliveira; Padilha; Oliveira, 2025, p. 591). A experiência santista evidenciou que era perfeitamente exequível estruturar um modelo comunitário sustentável que promovia o cuidado clínico avançado sem a necessidade premente do encarceramento asilar (Oliveira; Padilha; Oliveira, 2025, p. 591).

No plano legislativo federal, o avanço da Reforma Psiquiátrica foi caracterizado por uma via tortuosa, refletindo as fortes tensões entre as forças progressistas e a pressão política da psiquiatria tradicional e dos empresários do setor asilar. Em 1989, o deputado Paulo Delgado elaborou o Projeto de Lei nº 3.657, cuja redação original possuía apenas três artigos incisivos: impedia categoricamente o financiamento e a construção de novos hospitais psiquiátricos com dinheiro público; determinava o redirecionamento dos recursos para serviços não-manicomiais; e exigia rigorosa avaliação judiciária prévia para qualquer internação compulsória (Brito, 2023, p. 6). O projeto enfrentou doze anos de tramitação e resistências, sofrendo alterações em seu texto, como a supressão da proibição expressa de novos leitos, até ser sancionado como a Lei nº 10.216, em 6 de abril de 2001 (Brito, 2023, p. 6). Não obstante as concessões, a "Lei Paulo Delgado" instaurou um marco jurídico imperativo, condicionando a internação apenas a situações em que recursos extra-hospitalares se mostrassem esgotados e garantindo a direção das políticas públicas rumo à assistência em meio aberto (Brito, 2023, p. 6-7).

Para viabilizar em concreto essa nova legislação normativa, o Ministério da Saúde arquitetou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), alicerçando a política de base nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas modalidades (Brito, 2023, p. 4-5). Os CAPS, regulamentados pela Portaria nº 336/2002, foram desenhados não como meros ambulatórios agendadores de consultas, mas como dispositivos promotores de saúde mental de alta complexidade territorial, cuja missão era "tomar a responsabilidade" pela vida e pela reabilitação comunitária do usuário em toda a sua amplitude (Oliveira; Padilha; Oliveira, 2025, p. 592).

De forma complementar, o processo exigiu o fomento de habitações adequadas para indivíduos cronicamente institucionalizados que perderam seus

vínculos sociofamiliares ao longo das décadas. Para isso, foram criados os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa De Volta para Casa, que garante o pagamento direto de um auxílio financeiro à reabilitação para egressos de longas internações, viabilizando o sustento material necessário para o resgate de sua cidadania (Brito, 2023, p. 5). Com essas medidas, o Movimento Antimanicomial ratificou que a desinstitucionalização é um processo abrangente; não se restringe à mera saída dos hospitais psiquiátricos de corpos, exigindo a reconstrução da vida social e econômica dos sujeitos (Catarina; Tozatto, 2023, p. 4568; Oliveira; Padilha; Oliveira, 2025, p. 587).

Todavia, a efetivação real da Reforma Psiquiátrica defronta-se, nos últimos anos, com o gravíssimo fenômeno sociológico e clínico da "neoinstitucionalização" ou transinstitucionalização (Corrêa; Lima, 2025, p. 2). A desarticulação de algumas esferas da rede pública e o subfinanciamento têm alimentado o fenômeno conhecido como "porta giratória", no qual a insuficiência do suporte territorial gera múltiplas e repetidas internações (Corrêa; Lima, 2025, p. 2). Diante das fragilidades da rede, pacientes desospitalizados[3] passam frequentemente a ser "transinstitucionalizados", sendo transferidos não para a comunidade, mas para asilos geriátricos de perfil particular, abrigos religiosos ou comunidades terapêuticas de caráter punitivo (Corrêa; Lima, 2025, p. 2). Tais espaços reatualizam as lógicas manicomiais das "instituições totais" descritas por Erving Goffman, submetendo o indivíduo a rotinas massificadoras, exigência de abstinência imposta com rigidez religiosa e mortificação do ego e da subjetividade, mantendo o estigma do confinamento longe do controle estatal (Corrêa; Lima, 2025, p. 2-3; Catarina; Tozatto, 2023, p. 4572).

As pesquisas demonstram que a sobrecarga familiar é um dos principais determinantes dessa nova forma de exclusão privada. Isto porque, as dinâmicas de cuidado em domicílio recaem de modo esmagador e desproporcional sobre figuras

3“A desospitalização é a prática de liberar um paciente do hospital para que ele continue seu tratamento em um ambiente mais familiar, como a própria residência, ou em clínicas especializadas. Essa abordagem se tornou uma tendência global, pois evita internações prolongadas e suas consequências emocionais e físicas. Inicialmente aplicada na reforma psiquiátrica na década de 1970, hoje se expandiu para diversas áreas da saúde, como cuidados crônicos e paliativos” (Portal Telemedicina, 2024, p.01).

femininas - notadamente mães, irmãs ou tias idosas -, que suportam o estresse prolongado sem o aporte necessário dos dispositivos estatais (Corrêa; Lima, 2025, p. 5). No momento em que essas cuidadoras falecem, adoecem, envelhecem ou sucumbem à exaustão devido à precariedade dos suportes do Estado, a família se transmuta de ambiente acolhedor para a principal via de promoção da institucionalização (Corrêa; Lima, 2025, p. 5-6). A curatela jurídica desponta como ferramenta facilitadora desse trâmite, uma vez que responsáveis legais utilizam o poder administrativo sobre a pensão ou benefício do usuário para arcar com as custas de abrigos clandestinos ou privados, garantindo a retirada do sujeito perturbador do seio social sob uma justificativa de suposta segurança (Corrêa; Lima, 2025, p. 6).

Para além dos obstáculos estruturais inerentes às carências da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a Reforma Psiquiátrica brasileira sofreu retrocessos políticos no âmbito governamental federal, especialmente entre 2017 e 2019. Tais movimentos regressivos encontraram sua síntese ideológica e burocrática na publicação da Nota Técnica nº 11/2019 pelo Ministério da Saúde (Brito, 2023, p. 6). Essa diretriz tentou deslegitimar as conquistas obtidas desde a década de 1980 ao equalizar e promover a expansão de leitos em Hospitais Psiquiátricos puros, redirecionar volumosas verbas públicas para o financiamento de Comunidades Terapêuticas e aprovar a incorporação subsidiada de aparelhos de Eletroconvulsoterapia (ECT) pelo SUS (Brito, 2023, p. 7-10). Na tentativa de justificar a retomada de lógicas excludentes, os discursos oficiais mobilizaram o velho estigma do "louco perigoso", tentando correlacionar a expansão do consumo de substâncias nas grandes cidades e a criminalidade ao fechamento das antigas prisões psiquiátricas, numa evidente tentativa de criminalizar a alteridade (Brito, 2023, p. 8-9).

Um dos desafios mais difíceis e sensíveis da desinstitucionalização é a intersecção com o sistema penal: os manicômios judiciários (formalmente nomeados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico). Embasada no conceito da periculosidade iminente, a psiquiatria forense utilizou historicamente o laudo de insanidade mental para respaldar o prolongamento indevido de medidas de segurança, condenando indivíduos ao isolamento com base não no que cometeram, mas no que a medicina prevê que poderiam cometer (Santos; Weinmann, 2025, p. 5-10). Tais aparelhos se firmaram como o estágio mais severo da resistência institucional às abordagens substitutivas; os agentes de controle judicial superam a

autoridade clínica, resultando na supressão completa dos direitos do paciente sob a égide da punição jurídica (Santos; Weinmann, 2025, p. 6-7).

Nesse sentido, as formulações de Eugenio Raúl Zaffaroni acerca da culpabilidade pela vulnerabilidade evidenciam que o exercício do poder repressivo não incide de maneira uniforme sobre todos os sujeitos, recaindo prioritariamente sobre indivíduos expostos a contextos sociais de marginalização e exclusão. Conforme leciona o autor, a concepção de culpabilidade de ato, embora possua a virtude de incorporar elementos psicológicos e de considerar o conjunto de possibilidades concretamente disponíveis ao agente no momento da conduta, mostra-se insuficiente, por si só, para fundamentar adequadamente a mensuração da culpabilidade. Isso ocorre porque tal construção permanece limitada à análise do âmbito individual de autodeterminação, deixando de enfrentar a dimensão seletiva inerente ao sistema penal contemporâneo. Além disso, o autor sustenta que esse modelo não é capaz de constituir um juízo ético legitimador do poder punitivo, justamente por ignorar os mecanismos estruturais de criminalização que recaem de maneira desigual sobre determinados grupos sociais (Zaffaroni, Alagia & Slokar, 2007, p. 511).

A partir dessa crítica, desenvolve-se a teoria da culpabilidade pela vulnerabilidade, concebida como contraponto à tradicional culpabilidade de ato, essa formulação parte do reconhecimento de que as profundas desigualdades sociais características das sociedades latino-americanas repercutem diretamente tanto na capacidade concreta de autodeterminação dos indivíduos socialmente marginalizados quanto na intensidade com que o aparato repressivo estatal atua sobre eles. Em outras palavras, a exclusão social não apenas restringe oportunidades e condições existenciais em âmbito individual, mas também amplia a incidência seletiva do sistema penal sobre aqueles situados em contextos de maior precariedade social (Zaffaroni, 2017, p. 268).

Nesse cenário, Eugenio Raúl Zaffaroni esclarece que a simples existência de um estado de vulnerabilidade, evidenciado por fatores como baixa escolaridade, desemprego, marginalização econômica ou contatos anteriores com o sistema de justiça criminal, não é suficiente, isoladamente, para desencadear a ação criminalizante. Para que o processo seletivo do sistema penal se concretize, é necessário que o indivíduo alcance aquilo que o autor denomina de situação concreta de vulnerabilidade. Assim, a seleção penal não decorre exclusivamente das condições sociais preexistentes do sujeito, mas de uma combinação entre tais

fatores estruturais e circunstâncias específicas que tornam determinada pessoa funcional ao exercício do poder punitivo (Zaffaroni, 2017, p. 268).

Nessa perspectiva, a vulnerabilidade deve ser compreendida como risco de seleção pelo sistema penal. O autor afirma que o indivíduo ingressa em uma situação concreta de vulnerabilidade quando passa a ser utilizado pelo sistema repressivo como instrumento de legitimação de seu próprio funcionamento. Desse modo, a incidência da criminalização não se explica prioritariamente pela gravidade do delito praticado, mas pelo grau de exposição do sujeito aos mecanismos seletivos do controle penal, especialmente porque inúmeros comportamentos igualmente ilícitos, ou até mais graves, permanecem indiferentes à atuação estatal (Zaffaroni, 2017, p. 268).

Com base nesse entendimento, a culpabilidade pela vulnerabilidade estabelece um critério segundo o qual o espaço de atuação das agências judiciais varia conforme o grau de contribuição do próprio indivíduo para alcançar a situação concreta de vulnerabilidade. Assim, quanto maior for o esforço pessoal empregado pelo agente para inserir-se em contextos de risco seletivo e, consequentemente, fortalecer o funcionamento do sistema penal, menor será a possibilidade de intervenção judicial destinada a interromper ou reduzir a intensidade do processo de criminalização em curso (Zaffaroni, 2017, p. 245).

A tentativa de extirpar em definitivo essa modalidade de manicômio só encontrou resposta contundente recentemente. Apenas duas décadas após a aprovação da Lei 10.216, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) publicou a Resolução nº 487/2023, impondo a obrigatoriedade do fechamento dos manicômios judiciários no país (Brito, 2023, p. 15; Santos; Weinmann, 2025, p. 7). Adotando os princípios norteadores da Justiça Restaurativa, o CNJ determinou que qualquer internação compulsória deva ser temporária, unicamente para fins clínicos, e proíbe de maneira terminante a permanência de pacientes em estruturas de natureza prisional ou asilar, determinando que o tratamento se faça de maneira articulada com os recursos regulares da RAPS (Brito, 2023, p. 16-17; Santos; Weinmann, 2025, p. 7). Apesar dessa contundente diretriz judiciária, a desinstitucionalização no campo forense enfrenta uma grande resistência de corporações que exploram o medo social da loucura, demonstrando que o fechamento arquitetônico dos manicômios é imperioso, porém insuficiente sem a paralela demolição dos manicômios presentes na estrutura cultural e legal do Brasil (Santos; Weinmann, 2025, p. 9; Brito, 2023, p. 17).

2.3 A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil

A análise da trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil demanda uma incursão em seus antecedentes históricos, remontando ao processo de medicalização da loucura e à constituição das primeiras políticas de isolamento. No contexto brasileiro, a institucionalização da psiquiatria guarda relação direta com a chegada da Família Real Portuguesa, em 1808, período em que os primeiros asilos foram erguidos não com uma finalidade terapêutica, mas para funcionarem como depósitos de doentes, mendigos, delinquentes e criminosos, visando remover essas pessoas das ruas, disciplinar a sociedade e ordenar a urbanização de forma compatível com o desenvolvimento mercantil emergente (Mesquita; Novellino; Cavalcanti, 2010, p. 3). O marco definitivo da medicalização da loucura no país ocorreu a partir de 1830, consolidando-se no final do século XIX, quando D. Pedro II determinou a criação do primeiro hospital psiquiátrico formal, ambiente no qual os indivíduos tidos como loucos passaram a viver em condições insalubres, completamente isolados da sociedade, sob a justificativa moral de proteger a população sadia contra os exageros da alienação (Brasil; Lacchini, 2021, p. 16; Mesquita; Novellino; Cavalcanti, 2010, p. 3).

Essa fase inaugural enraizou o que a literatura compreende como uma contínua "trajetória higienista", que se estendeu de meados do século XIX até as primeiras décadas do século XX. Nesse período, a psiquiatria emergiu e se estabeleceu com força como um instrumento tecnocientífico de poder, incutido no interior de um projeto político de medicina social voltado precipuamente para a higienização do espaço urbano e para o controle dos desvios (Amarante, 1995, p. 88). O principal representante dessa hegemonia asilar no Brasil das primeiras décadas do século XX foi o médico Juliano Moreira, que, influenciado pelas ideias sanitaristas de Oswaldo Cruz, defendia que o asilo possuía uma inegável função preventiva e que, portanto, tal instituição só deveria deixar de existir na hipotética ocasião em que a doença mental fosse erradicada da sociedade (Paulin; Turato, 2004, p. 244).

A consolidação irrestrita dessa macropolítica hospitalar estatal atingiu seu ápice de institucionalização a partir de 1941, momento em que o governo federal criou o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), gerido pelo psiquiatra Adauto

Botelho (Paulin; Turato, 2004, p. 243). A gestão de Botelho, impulsionada pelo Decreto-Lei nº 8.550 de 1946, que autorizava fartos convênios com os governos estaduais, promoveu um expressivo surto de construções de hospitais-colônias em diversos estados brasileiros, estabelecimentos que se caracterizavam desde a planta arquitetônica por instalações precárias e localizações distantes dos grandes centros urbanos, o que reafirmava na prática a função social de banimento promovida por tais instituições (Paulin; Turato, 2004, p. 243-244). Simultaneamente, entre as décadas de 1930 e 1950, a estrutura asilar foi legitimada pela introdução de intervenções incisivas oriundas da psiquiatria biológica internacional, como a eletroconvulsoterapia (eletrochoque) e a lobotomia, terapêuticas que os psiquiatras da época aplicavam sob a crença de que representavam a cura definitiva para as afecções mentais (Brasil; Lacchini, 2021, p. 16). Ao término da duradoura administração de Adauto Botelho, no ano de 1954, o país havia contabilizado um impressionante acréscimo de mais de dezesseis mil leitos psiquiátricos, o que não amenizou o cenário asilar; pelo contrário, instituições públicas como o Hospital do Juqueri, em São Paulo, mergulharam no mais completo abandono, chegando a abrigar desumanamente cerca de treze mil doentes internados ao mesmo tempo (Paulin; Turato, 2004, p. 244).

A partir da década de 1960, a assistência psiquiátrica brasileira sofreu uma profunda inflexão sistêmica, caracterizada pelo agressivo crescimento do hospital psiquiátrico privado e pela hegemonia da ideologia privatista. Com a modernização desenvolvimentista do país, a crescente industrialização e o surgimento de uma nova classe trabalhadora que demandava assistência médica regular, o Estado brasileiro começou a adotar de forma intensiva a política de compra de serviços de instituições particulares, um processo que ganhou contornos oficiais avassaladores com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) no ano de 1967 (Paulin; Turato, 2004, p. 242-244). Ergueu-se, a partir dessas diretrizes, uma autêntica e rentável indústria para o enfrentamento da loucura, gerando uma perversão estrutural no circuito assistencial, onde os hospitais psiquiátricos conveniados ao sistema previdenciário passaram a fomentar propositalmente a cronicidade das doenças com o intuito primordial de manter os leitos ocupados e assegurar lucro contínuo, fazendo com que os custos globais da psiquiatria atingissem cifras desproporcionais aos cofres públicos em detrimento de outras áreas da saúde (Amarante, 1995, p. 13).

Por conta desse cenário mercantilista, a década de 1970 delineou-se como um período atravessado por intensas contradições políticas e técnicas no interior do Estado. Na esfera conceitual, o antigo Serviço Nacional de Doenças Mentais foi rebatizado como Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) em 1970, em um movimento que refletia, no plano do discurso oficial, a adesão à moderna retórica do preventivismo e da psiquiatria comunitária de origem norte-americana (Amarante, 1995, p. 100). Brotaram tentativas teóricas de reorientação assistencial, consubstanciadas em normativas como o "Manual de Assistência Psiquiátrica" (lançado originalmente em 1971 e amplamente conhecido nos corredores da saúde como o "manual do Cerqueirinha"), documento que propunha conferir primazia à assistência extra-hospitalar, à readaptação social e ao trabalho integrado de equipes multidisciplinares (Amarante, 1995, p. 100-101). A referida diretriz progressista foi posteriormente endossada pelo Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM) de 1977, cujo foco declarado era a qualificação e o treinamento de profissionais para o atendimento na rede primária (Amarante, 1995, p. 101).

Não obstante a existência dessas propostas preventivas progressistas no papel, a máquina estatal girava na contramão, consolidando o confinamento como negócio lucrativo. O marco desse estrangulamento foi a implantação do Plano de Pronta Ação em 1974, de autoria do próprio ministro da saúde, que promoveu a expansão mais aguda do setor asilar privado no Brasil, inviabilizando sumariamente qualquer eficácia das normativas comunitárias, pois a quase totalidade dos vultosos recursos da Previdência Social continuava sendo transferida para a compra de internações hospitalares em empresas particulares, um setor que detinha tamanho poder político que simplesmente ignorava as portarias que recomendavam o cuidado extra-hospitalar (Amarante, 1995, p. 101). Essa engrenagem viciada de financiamento do aprisionamento foi blindada burocraticamente pela Lei nº 6.439 de 1977, legislação que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) e o seu setor médico, o INAMPS, estruturando legalmente o canal de repasse de verbas que alimentava o imenso parque manicomial privado brasileiro (Brasil; Lacchini, 2021, p. 16).

O esgotamento ético, científico e orçamentário desse modelo mercantilista, agravado pela violência corriqueira e pelo absoluto descaso institucional, convergiu para o colapso que se tornou o estopim da reforma em 1978: a contundente "crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM)". O embate histórico teve início no Rio de Janeiro, com a vigorosa mobilização de médicos residentes e bolsistas que

prestavam serviço nos maiores hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde, os quais elaboraram e tornaram pública uma carta endereçada ao ministro denunciando as condições subumanas e a total ausência de insumos tanto para o trabalho clínico quanto para a sobrevivência dos pacientes (Amarante; Nunes, 2018, p. 2068). A resposta imediata do aparelho governamental foi a demissão sumária de duzentos e sessenta profissionais em retaliação, atitude que atuou como pólvora, desencadeando uma onda nacional sem precedentes de greves, manifestações e reportagens de denúncia que perduraram por meses, atraindo para a causa antimanicomial o engajamento e a solidariedade de instituições basilares da sociedade civil, a exemplo da OAB, da Associação Brasileira de Imprensa e da CNBB (Amarante; Nunes, 2018, p. 2068; Mesquita; Novellino; Cavalcanti, 2010, p. 1).

Tal conflito política permitiu que as resistências isoladas ganhassem corpo e articulação, culminando na fundação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o primeiro sujeito coletivo devidamente organizado com a finalidade de atacar o epicentro do saber psiquiátrico hegemônico e desconstruir a validade do modelo hospitalocêntrico (Mesquita; Novellino; Cavalcanti, 2010, p. 1). Atuando no cenário de uma sociedade imersa na conjuntura de redemocratização e oposição à ditadura militar ditatorial, o movimento promoveu uma simbiose ideológica onde a luta por direitos humanos básicos para as vítimas do manicômio tornou-se uma faceta inerente à luta mais ampla pelo desmantelamento da truculência do Estado autocrático (Amarante; Nunes, 2018, p. 2068).

O MTSM expandiu sua força política ao forçar a Associação Brasileira de Psiquiatria a debater o tema e, de modo muito emblemático, ao ocupar as reuniões do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, sediado em Camboriú, em 1978, ocasião em que a militância brasileira estabeleceu laços diretos com expoentes internacionais da desinstitucionalização europeia, como Franco Basaglia, Robert Castel e Felix Guattari, incorporando densidade sociológica e epistemológica à sua base argumentativa (Amarante; Nunes, 2018, p. 2068).

Ao longo da década de 1980, as estratégias de combate amadureceram, introduzindo o que se convencionou chamar de "trajetória sanitarista", caracterizada pela ocupação de cargos estratégicos na administração pública para reverter, a partir de dentro do Estado, o esquema de desperdício e segregação. O marco dessa inflexão ocorreu em 1982, mediante a imposição do regime de co-gestão administrativa nos hospitais federais da DINSAM e a execução das diretrizes do

Plano do CONASP, manobras criadas por quadros progressistas para instalar um gerenciamento descentralizado nas instituições públicas e, como meta central, estrangular o lucrativo e abusivo fluxo de recursos da Previdência para a rede filiada à Federação Brasileira de Hospitais (Amarante, 1995, p. 63). A referida asfixia financeira deflagrou o acirramento da oposição feroz por parte dos donos de hospícios, popularmente alcunhados de "empresários da loucura", que passaram a se articular politicamente contra as inovações públicas, uma vez que estas subtraíam sua hegemonia de mercado e ameaçavam seus dividendos baseados na manutenção do crônico confinamento (Amarante, 1995, p. 63).

A virada qualitativa e teórica decisiva ocorreu a partir da segunda metade da década de 1980, sinalizando a passagem para a madura "trajetória da desinstitucionalização", em que o movimento compreendeu que apenas reformar administrativamente o asilo não bastava; era imperioso abolir o próprio conceito manicomial. O referido salto evolutivo coincidiu com o amadurecimento da Reforma Sanitária global, impulsionado pela promulgação da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, cujos fortes desdobramentos populares pavimentaram a estrada para a convocação da pioneira I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no Rio de Janeiro em 1987 (Brasil; Lacchini, 2021, p. 17). Nesse mesmo ano de grande mobilização, a realização do importante II Congresso Nacional do MTSM, na cidade paulista de Bauru, assinalou um rompimento epistemológico irreversível ao cunhar o célebre manifesto e o lema norteador "Por uma sociedade sem manicômios", inaugurando a verdadeira Luta Antimanicomial no país (Amarante; Nunes, 2018, p. 2068-2069).

O vigor notável dessa mobilização derivou do fato de que seus militantes assumiram uma roupagem de amplo movimento social, superando as pautas estritamente profissionais ao englobar de forma protagonista os usuários e seus familiares nas esferas deliberativas, além de lançarem mão de poderosos dispositivos artísticos, tratando a cultura não como mero passatempo, mas como ferramenta estratégica e fim último para promover a transformação profunda do imaginário coletivo e forjar um novo status de cidadania para o portador de sofrimento (Amarante; Nunes, 2018, p. 2067).

A comprovação material dessa guinada discursiva consolidou-se também em 1987, quando a cidade de São Paulo sediou a inauguração daquele que viria a ser o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do país, o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, ferramenta concebida para viabilizar um cuidado inteiramente

radicado na comunidade e na promoção da vida cotidiana (Brasil; Lacchini, 2021, p. 17). Posteriormente, o arcabouço substitutivo encontrou sua versão mais radical na cidade de Santos, a partir de 1989, com a intervenção definitiva da prefeitura no tenebroso hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, resultando na criação de cooperativas habitacionais, núcleos territoriais (NAPS) e frentes de inserção social que desmistificaram a crença na indispensabilidade da internação (Brasil; Lacchini, 2021, p. 17-18).

O gigantesco esforço brasileiro de reestruturação ecossistêmica assemelhou-se a outros processos reformistas globais de peso, tal qual o experimentado em Portugal, que desde a formulação da sua Lei de Saúde Mental nº 2.118, em 1963, vinha travando uma árdua batalha legal e social para conseguir deslocar o epicentro da assistência clínica, enraizado nos pesados pavilhões dos grandes hospitais do século XIX, em direção à agilidade e acolhimento da atenção primária e do convívio comunitário irrestrito (Almeida Filho *et al*., 2015, p. 118).

Contudo, a despeito das notadas vitórias democráticas que culminaram com a fundamental aprovação da Lei nº 10.216 no ano de 2001 e com a massiva estruturação nacional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a trajetória desinstitucionalizante defrontou-se, na história recente, com o temido fantasma da chamada Contrarreforma Psiquiátrica. O estopim desse regresso desencadeou-se a partir de modificações severas nas correlações de poder federais no final de 2015, as quais viabilizaram que o Ministério da Saúde nomeasse para o mais alto cargo de Coordenação de Saúde Mental um profissional detentor de um histórico técnico vinculado aos velhos moldes asilares (Lima, 2019, p. 1-2).

Em protesto imediato contra esse ataque ao modelo vigente, a comunidade de ativistas do setor e representantes sociais organizou protestos contundentes por todas as capitais e realizou uma vigorosa ocupação das dependências da referida coordenação na capital federal, resistência pacífica que persistiu por cento e vinte e um dias seguidos (Lima, 2019, p. 2).

Mesmo com a eventual exoneração desse primeiro coordenador em meados de 2016, a plataforma política da contrarreforma consolidou sua escalada de retrocessos ao emplacar um novo representante oficial em fevereiro de 2017, dessa vez oriundo dos altos quadros diretivos da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) (Lima, 2019, p. 2). Rompendo com sua postura ambígua das décadas anteriores, a ABP posicionou-se desde a virada dos anos 2000 como uma adversária do modelo psicossocial comunitário, e a tomada do aparelho governamental pelos

seus representantes possibilitou a imediata imposição, no final de 2017, de diretrizes conservadoras aprovadas em instâncias como a Comissão Intergestores Tripartite (Lima, 2019, p. 2).

O golpe final na legalidade antimanicomial manifestou-se por meio da Nota Técnica nº 11, publicada em fevereiro de 2019, documento que oficializou as premissas do que se intitulou ser a "Nova Política Nacional de Saúde Mental", ordenando com o peso da lei ações gravíssimas como o fomento direto do financiamento público de práticas hospitalares asilares, o direcionamento de altos subsídios a entidades prisionais com fachada de Comunidades Terapêuticas e a institucionalização da arcaica abordagem punitiva e proibicionista no cuidado de indivíduos em uso problemático de álcool e outras drogas, escancarando, com esses atos, uma afronta direta aos direitos humanos conquistados na lei pátria e reafirmando a continuidade do perigo do neomanicomialismo (Brasil; Lacchini, 2021, p. 15).

2.4 Relações entre loucura e criminalidade

A construção histórica e conceitual das relações entre a loucura e a criminalidade perpassa por um longo processo de transformação nos modos como a sociedade ocidental compreende, julga e pune as condutas desviantes. Na Antiguidade, a loucura era comumente associada a uma obra dos deuses ou ao resultado de um conflito metafísico entre os seres humanos e a divindade, sendo os seus momentos de crise interpretados como eventos puramente episódicos (Lima; Neves, 2024, p. 2). Contudo, essa perspectiva começou a ser transposta ainda no mundo antigo pelas proposições médicas de Claude Galeno, que passou a conceber a loucura como indicativo de um "déficit orgânico" decorrente de lesões anatômicas de caráter permanente no cérebro (Lima; Neves, 2024, p. 2). Esse deslocamento epistemológico assemelha-se profundamente ao que ocorreu no campo moral e jurídico durante a Idade Média, quando a releitura de São Tomás de Aquino sobre os ensinamentos cristãos estabeleceu a crença de que o "mal" e a conduta imoral não eram meros desvios de ação, mas sim condições inerentes e permanentes localizadas no interior de certas pessoas (Lima; Neves, 2024, p. 3).

Foi exatamente durante o exercício de controle da Igreja Católica e a atuação dos Tribunais da Inquisição que emergiu a noção primordial de "periculosidade"

(Lima; Neves, 2024, p. 2). Acreditava-se que era imperioso livrar a comunidade daquilo que lhe era perigoso, o que muitas vezes justificava a eliminação física do corpo para que a alma do pecador pudesse ser salva (Lima; Neves, 2024, p. 3). Posteriormente, com o advento do princípio cartesiano no século XVII e do iluminismo no século XVIII, a Justiça passou a conceber o indivíduo jurídico como um ser detentor de razão e consciência, dotado de livre arbítrio e, portanto, capaz de escolher autonomamente entre o certo e o errado (Lima; Neves, 2024, p. 2). O embate filosófico sobre o determinismo passou a pautar as discussões sobre a responsabilidade penal, uma vez que se questionava se o homem era absolutamente livre e responsável por seus atos ou se, ao contrário, seria apenas uma marionete moldada por seu meio social, biológico e por sua posição na escala evolutiva (Lopes; Souza, 2013, p. 128).

A aproximação efetiva e sistemática entre a Psiquiatria e a Justiça Criminal consolidou-se, de fato, a partir do século XIX. Com o trabalho do médico Philippe Pinel, a loucura foi inserida no paradigma da "alienação mental", e a figura do louco passou a ser tratada não como um pecador, mas como um doente que carregava em si uma imprevisibilidade inerente (Lima; Neves, 2024, p. 4). Tal imprevisibilidade fomentou o discurso psiquiátrico da periculosidade iminente, pois pressupunha-se que o indivíduo em sofrimento mental, invariavelmente, manifestaria um comportamento violento em algum momento incerto (Lima; Neves, 2024, p. 4). Foucault elucida que essa aliança encontrou seu grande catalisador diante dos crimes hediondos e aparentemente "sem sentido" que chocaram o século XIX; nesses casos, a completa ausência de uma razão ou motivação inteligível para o delito foi subvertida pelos peritos e convertida na prova irrefutável da patologia, fazendo com que a ausência de razão se tornasse a própria atestação da loucura (Lima; Neves, 2024, p. 5). O criminoso passou a ser visto sob a aura de uma "monstruosidade intrínseca", um contravalor que servia para legitimar as normas biológicas e justificar o confinamento (Lima; Neves, 2024, p. 5).

No âmbito estritamente etiológico, o pilar que sustentou a aproximação definitiva entre a loucura e a criminalidade foi a teoria da degenerescência, formulada em 1857 pelo psiquiatra Bénédict Morel (Mitjavila; Mathes, 2012, p. 1379). A degeneração era entendida como um duplo desvio, visto que representava simultaneamente uma variação anatômica e estatística (evidenciada por estigmas físicos como assimetrias cranianas e faciais) e uma profunda transgressão dos valores morais tidos como sagrados e invioláveis pela sociedade (Mitjavila; Mathes,

2012, p. 1380). Baseando-se nesse modelo médico, Cesare Lombroso erigiu as bases da Antropologia Criminal ao formular a tese do "criminoso nato", argumentando categoricamente que o sujeito estava predisposto ao crime devido à sua constituição biológica (Mitjavila; Mathes, 2012, p. 1380).

Dentro dessa classificação sistêmica, os chamados "loucos morais" despertaram especial interesse na passagem para o século XX; tratavam-se de indivíduos que, por anomalia orgânica, eram supostamente desprovidos da capacidade de distinguir o bem do mal e de controlar seus impulsos (Mitjavila; Mathes, 2012, p. 1380-1381). A psiquiatria assumiu, assim, a prerrogativa de prever condutas antissociais, fundamentando o controle social não apenas na resposta a um crime executado, mas na "periculosidade" orgânica do indivíduo (Mitjavila; Mathes, 2012, p. 1381-1382).

A capacidade de enquadramento da psiquiatria criminológica tornou-se tão vasta que ultrapassou a delinquência comum e adentrou na esfera do "delito político" e da subversão ideológica (Benevides, 2023, p. 292). No final do século XIX, a Europa Continental vivenciou uma extrema radicalização do movimento anarquista, materializada na tática da "propaganda pela ação", que desencadeou uma onda de violentos atentados a bomba e assassinatos de autoridades políticas e monarcas (Benevides, 2023, p. 294-295). Diante da insurreição social que aterrorizava a alta burguesia, Cesare Lombroso publicou, em 1894, a sua obra "Os anarquistas", propondo a aplicação de um sofisticado método psiquiátrico-antropológico para deslindar a verdadeira essência subversiva do que ele cunhou de "homem revoltado" (Benevides, 2023, p. 293). Os anarquistas foram minuciosamente dissecados sob as lentes da criminologia e associados a estados de desequilíbrio mental, histeria e fanatismo patológico, o que justificava a recomendação lombrosiana de medidas punitivas e profiláticas severas, como a pena de prisão asilar e o desterro, em nome da defesa e preservação do corpo social (Benevides, 2023, p. 293).

No Brasil, a recepção e a adaptação dessas teorias europeias encontraram terreno fértil para se desenvolver no bojo da medicina social e das políticas higienistas (Lopes; Souza, 2013, p. 126). Nos primeiros cursos de Psiquiatria instaladas nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro desde 1884, a leitura sobre a criminalidade foi estruturada através dos rígidos preceitos de degenerescência, hereditariedade e inferioridade biológica (Lopes; Souza, 2013, p. 126). O conhecimento psiquiátrico não foi utilizado de forma neutra, mas aplicado de

maneira a patologizar as "moralidades anômalas" - a exemplo da vadiagem, do alcoolismo, da prostituição e da jogatina -, transformando-as em doenças mentais passíveis de intervenção asilar (Lopes; Souza, 2013, p. 126). Nesse processo, a loucura foi massivamente atrelada à figura do "criminoso perigoso", um estigma que serviu para justificar velhas opressões de classe e o controle das massas urbanas (Lopes; Souza, 2013, p. 126-127).

A materialização dessa união entre o direito de punir e o poder de curar encontrou sua versão arquitetônica e jurídica mais acabada na estruturação dos Manicômios Judiciários (Uga; Schmidt, 2018, p. 9). O surgimento de aparelhos disciplinares como o Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo (MJES), no início da década de 1930, representou a consolidação cabal dos ideais propugnados pela Criminologia Positivista no território brasileiro (Uga; Schmidt, 2018, p. 9). Os referidos espaços institucionais emergiram não como hospitais convencionais, mas como verdadeiras fronteiras ligadas aos sistema jurídico destinadas a alojar e neutralizar sujeitos rotulados concomitantemente pelos signos da loucura, da infração e da marginalidade social, amparando-se sistematicamente no pretexto médico-legal da proteção coletiva contra a aludida "periculosidade" (Uga; Schmidt, 2018, p. 9).

Do ponto de vista legal hegemônico, a presença de uma perturbação mental no momento do ato delituoso desencadeia a decretação de inimputabilidade penal, o que converte o réu em um sujeito isento de julgamento criminal tradicional e, por conseguinte, de responsabilidade (Lima; Neves, 2024, p. 1). Como consequência, ao invés da pena privativa de liberdade, a justiça determina o cumprimento compulsório da chamada "medida de segurança", consistindo em internações de caráter asilar que se sustentam não pelo tempo do crime cometido, mas pela persistência presumida da doença e do perigo do paciente (Lima; Neves, 2024, p. 1-2). Tais resoluções acarretam danos gravíssimos, pois destituem o sujeito de garantias jurídicas fundamentais, subtraem seu convívio no laço social e o submetem a avaliações periciais de "cessação de periculosidade" que possuem critérios eminentemente discricionários e arbitrários (Lima; Neves, 2024, p. 1; Uga; Schmidt, 2018, p. 9).

Na psiquiatria forense contemporânea, embora ocorra a substituição gradativa da noção de "loucura" e de "doença mental" por categorias diagnósticas de "transtornos", a essência excludente se mantém incólume. Nesse sentido, o advento do diagnóstico de "Transtorno da Personalidade Antissocial" (TPAS) funciona hoje

como um dispositivo moderno para ampliar os objetos compreendidos pela medicalização do crime (Mitjavila; Mathes, 2012, p. 1378). A estratégia discursiva central no julgamento desses indivíduos continua sendo a "biografização", um mecanismo que deslegaliza e psicologiza a infração: o psiquiatra não avalia somente a demência no instante do ato, mas patologiza o histórico de vida, a imaturidade psicológica e o pretenso defeito moral do sujeito periciado (Mitjavila; Mathes, 2012, p. 1381). Tal manobra argumentativa converte um crime pontual em um sintoma de uma identidade perigosa, assegurando que o hospital psiquiátrico de custódia mantenha o encarceramento por tempo indeterminado e muitas vezes superior ao da prisão comum (Mitjavila; Mathes, 2012, p. 1381).

Ressalta-se, por fim, a importância de uma crítica multidisciplinar que problematize os contornos dessa exclusão sistemática (Back et al., 2021, p. 70). Sendo assim, o ato criminoso não deve ser encarado sob um determinismo biológico ou patológico isolado; frequentemente, o desenvolvimento de quadros psicóticos e a ruptura severa de um indivíduo com as normas sociais são catalisados por um trágico histórico de miséria, privações afetivas e pelo colapso e omissão total das redes estatais de saúde e amparo (Back et al., 2021, p. 71-74). Quando tais sujeitos, historicamente atravessados pela invalidação de suas existências, entram em conflito com a lei penal, a repetição da punição asilar funciona como o agravamento do abandono, em vez de uma solução (Back et al., 2021, p. 71-72). Torna-se basilar, a partir de perspectivas teóricas críticas como a Psicanálise, repensar de forma radical essa relação. Noutras palavras, faz-se urgente a inclusão de lógicas que permitam a "retificação e a responsabilidade subjetiva" do portador de sofrimento, apostando na quebra do paradigma manicomial e na restituição de sua humanidade perante a lei (Lima; Neves, 2024, p. 1).

CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO PAILI

O presente capítulo dedica-se à apresentação, análise crítica e confrontação dos dados relativos ao Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), situando-o no contexto mais amplo da execução das medidas de segurança no Brasil. Para tanto, parte-se da compreensão de que o tratamento jurídico-penal dispensado à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei foi historicamente

construído sob bases marcadas pela segregação, pelo estigma e pela centralidade da noção de periculosidade, circunstâncias que contribuíram para a consolidação de práticas institucionais incompatíveis com os princípios da dignidade da pessoa humana e com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira. Nesse cenário, o exame do PAILI revela-se especialmente relevante, pois permite observar, em termos concretos, a possibilidade de ruptura com o paradigma manicomial e com a lógica estritamente custodial que, por décadas, orientou a aplicação das medidas de segurança.

Inicialmente, o capítulo retoma o contexto histórico e normativo da aplicação das medidas de segurança antes da vigência da Lei nº 10.216/2001, evidenciando como a internação compulsória em manicômios judiciários e, posteriormente, em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, foi estruturada muito mais como mecanismo de neutralização e contenção social do que como instrumento efetivo de cuidado em saúde mental. Em seguida, analisa-se a organização, a estrutura e a dinâmica de funcionamento do PAILI, destacando-se sua vinculação ao campo da saúde pública, sua atuação multiprofissional e sua proposta de acompanhamento em meio aberto, em consonância com os princípios da integralidade, da intersetorialidade e da excepcionalidade da internação. Na sequência, traça-se um panorama atual da custódia e do tratamento psiquiátrico no Brasil, a fim de demonstrar as permanências institucionais do modelo asilar e as contradições entre a legislação protetiva e a realidade empírica observada no país. Por fim, promove-se uma análise comparativa dos dados coletados, buscando evidenciar em que medida o PAILI representa uma experiência concreta de superação da lógica manicomial, ao propor um modelo de atenção que articula cuidado, acompanhamento territorial e proteção de direitos fundamentais.

Assim, este capítulo não se limita à descrição de um programa institucional específico, mas pretende demonstrar que o confronto entre o modelo tradicional de custódia e a experiência do PAILI permite identificar duas racionalidades distintas em disputa no âmbito da execução das medidas de segurança: de um lado, a racionalidade punitivo-segregadora, fundada na contenção do sujeito considerado perigoso; de outro, a racionalidade psicossocial, orientada pela reabilitação, pela reinserção comunitária e pela centralidade dos direitos humanos. A análise proposta, portanto, busca evidenciar que a discussão sobre o PAILI transcende o plano administrativo e alcança uma dimensão estrutural, pois envolve a redefinição do

próprio sentido da resposta estatal dirigida à pessoa com sofrimento mental autora de fato típico.

3.1 Contexto da aplicação das medidas de segurança antes da vigência da Lei nº 10.216/2001

A análise do contexto que antecede a promulgação da Lei nº 10.216/2001 exige uma retomada histórica sobre como a intersecção entre o transtorno mental e a criminalidade foi tratada pelo poder público ao longo do tempo. Até a transição para o século XX, a resposta do Estado ao "louco infrator" não detinha uma sistematização jurídico-penal autônoma; as ações consubstanciavam-se primordialmente em expedientes de caráter administrativo e de controle policial, visando a retirada do sujeito do convívio coletivo (Coscrato, 2018, p. 39).

No Brasil Imperial, o Código Criminal de 1830 estabeleceu que os sujeitos considerados loucos que cometessem crimes não deveriam ser responsabilizados, devendo ser meramente recolhidos a casas destinadas a eles ou entregues aos cuidados de suas famílias, conforme a determinação do julgador, o que evidenciava a ausência de uma rede hospitalar ou punitiva estruturada para essa população (Coscrato, 2018, p. 45). O cenário em comento de intervenção asilar ou familiar pavimentou o terreno para que, futuramente, a loucura criminalizada fosse institucionalizada sob moldes muito mais severos e estigmatizantes (Silva; Veronez, 2025, p. 2).

A estruturação de uma resposta penal específica para os indivíduos considerados inaptos a compreender o caráter ilícito de seus atos ganhou contornos científicos apenas com a ascensão da Escola Positiva, mais especificamente de sua vertente Antropológica, no final do século XIX. A partir dos postulados de teóricos como Cesare Lombroso e Enrico Ferri, o epicentro do Direito Penal foi deslocado do estudo abstrato do crime para a análise minuciosa da figura do criminoso e de suas características biológicas e psíquicas (Rubin *et al*., 2008, p. 93). O direito punitivo passou a adotar uma concepção cientificista, utilizando a Criminologia como lente para interpretar o delito não mais como uma livre escolha de quebra do contrato social, mas como um autêntico sintoma da personalidade e da patologia orgânica do delinquente (Oliveira, 2017, p. 854). Sob esse paradigma determinista, a sanção repressiva tradicional cedeu espaço para os ideais de Defesa Social, consolidando a

noção de que o Estado deveria atuar preventivamente para neutralizar e segregar os indivíduos classificados empiricamente como socialmente perigosos (Oliveira, 2017, p. 854).

Foi nesse bojo teórico que as medidas de segurança foram concebidas e introduzidas nos ordenamentos jurídicos ocidentais, emergindo como uma ferramenta de controle justificada pela "periculosidade" do agente, e não por sua culpabilidade moral. A proposta original desse instituto consistia em harmonizar o máximo de segurança para a sociedade com o mínimo de sofrimento para o infrator, revestindo a intervenção estatal de um caráter formalmente terapêutico, assistencial e preventivo (Oliveira, 2017, p. 854). No entanto, sob a roupagem de tratamento médico e de proteção profilática coletiva, as medidas de segurança materializaram formas incisivas e profundas de invasão na liberdade humana, possuindo um nítido e inegável caráter aflitivo inerente à privação de direitos e à segregação manicomial imposta aos indivíduos em sofrimento mental (Oliveira, 2017, p. 858). Estabeleceu-se, assim, uma dualidade em que a medida judicial, paradoxalmente, carregava o estigma e o peso de uma sanção penal disfarçada de cuidado sanitário (Coscrato, 2018, p. 54).

No ordenamento jurídico brasileiro, o instituto das medidas de segurança foi inaugurado de maneira sistemática com a edição do Código Penal de 1940, diploma legal que foi arquitetado por uma política de transação, tentando conciliar os postulados clássicos da culpabilidade moral e do livre-arbítrio com os princípios positivistas da periculosidade imanente (Coscrato, 2018, p. 77). Para materializar essa complexa conciliação epistemológica, o Código de 1940 adotou o chamado "sistema do duplo binário", ou dualismo rígido, que permitia ao Estado aplicar, de forma cumulativa, uma pena privativa de liberdade e uma medida de segurança detentiva ao mesmo indivíduo, caso este fosse considerado simultaneamente culpável e perigoso, situação comum aos agentes diagnosticados como semi-imputáveis (Coscrato, 2018, p. 73). Nesse sistema rígido, o cumprimento da sanção tornava-se uma via de dupla penalização, pois o sujeito executava primeiramente a pena retributiva encarcerado e, exaurida esta, era submetido à medida de segurança, perpetuando de forma brutal o seu isolamento institucional (Rubin et al., 2008, p. 96).

Uma das características mais marcantes e gravosas da aplicação das medidas de segurança na redação original de 1940 era o apego incondicional à presunção legal absoluta de periculosidade. O legislador fixou critérios inflexíveis

nos quais a periculosidade do inimputável ou do semi-imputável era atestada automaticamente pelo simples cometimento do fato típico, desconsiderando por completo a necessidade de uma análise psiquiátrica pormenorizada no caso concreto sobre o real estado de saúde e o risco efetivo que o sujeito oferecia à coletividade (Coscrato, 2018, p. 80). Além disso, a lei estabelecia de antemão prazos mínimos de internação obrigatória em manicômios judiciários, variando de um a seis anos, a depender unicamente da quantidade de pena abstratamente cominada ao crime praticado pelo agente (Coscrato, 2018, p. 83). Essa rígida estrutura normativa revelava que a preocupação estatal estava muito mais voltada para a neutralização física e o isolamento prolongado do indivíduo etiquetado como perigoso do que para a oferta de um tratamento individualizado e clinicamente eficaz (Oliveira, 2017, p. 859).

A manutenção do sistema do duplo binário passou, com o avançar das décadas, a sofrer contundentes críticas no meio acadêmico e jurídico, sobretudo pela constatação empírica de que ele operava como uma verdadeira "burla de etiquetas" (Coscrato, 2018, p. 75). A supracitada expressão, delineada pela doutrina para denunciar a falácia do modelo, apontava que o Estado, sob o pretexto benevolente de oferecer um tratamento psiquiátrico com fins de defesa social, estava, na mais dura realidade, impondo uma segunda pena ao sentenciado, prolongando indevidamente a sua privação de liberdade pela mesma infração penal originária (Coscrato, 2018, p. 75). A consciência generalizada de que as medidas de segurança haviam se convertido em sentenças punitivas camufladas, somada à vertiginosa perda de credibilidade das teorias de reabilitação forçada em ambientes fechados, impulsionou de modo decisivo a necessidade de uma reformulação estrutural do Direito Penal brasileiro no que tangia à responsabilização dos portadores de transtornos mentais (Coscrato, 2018, p. 89).

O grande marco divisório dessa reformulação ocorreu com a Reforma da Parte Geral do Código Penal, promovida de forma consistente pela Lei nº 7.209/1984, que extinguiu definitivamente o ultrapassado sistema do duplo binário e instituiu o "sistema vicariante", também reconhecido na literatura como dualismo flexível. A nova lógica penal estipulou uma separação categórica entre as consequências jurídicas do delito, uma vez que a pena ficou restrita exclusivamente aos agentes imputáveis (ancorada estritamente no juízo de culpabilidade), enquanto a medida de segurança passou a ser a via reservada de forma exclusiva aos inimputáveis e semi-imputáveis (ancorada no juízo de periculosidade), vedando-se,

a partir de então, a cumulação simultânea ou sucessiva de ambas as sanções (Coscrato, 2018, p. 89). Ademais, a reforma de 1984 operou uma revitalização do princípio da legalidade, ao abolir a possibilidade de aplicação de medidas de segurança aos chamados "quase-crimes", exigindo a efetiva e inquestionável prática de um ilícito-típico consumado ou tentado para que o Estado pudesse deflagrar sua intervenção sob a justificativa terapêutica (Coscrato, 2018, p. 91).

Com o advento do sistema vicariante[4], as medidas de segurança foram depuradas e reduzidas legalmente a apenas duas modalidades distintas: a detentiva, consistente na internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e a restritiva, baseada na sujeição ao tratamento ambulatorial regular (Coscrato, 2018, p. 91). A legislação previu que a internação seria a regra imperativa nos casos em que a infração penal cometida fosse punida com pena de reclusão, permitindo ao magistrado a faculdade discricionária de optar pelo tratamento ambulatorial somente nos delitos de menor gravidade apenados com detenção (Rubin *et al.,* 2008, p. 97). Contudo, a despeito de seus avanços humanizadores, a reforma de 1984 preservou intacto o aspecto mais severo e temido do instituto, isto é, a ausência de um limite máximo temporal. A sanção continuou a perdurar por tempo indeterminado, condicionando o retorno do indivíduo à liberdade unicamente à emissão favorável de um laudo pericial que atestasse a completa cessação de sua periculosidade, procedimento que ocorria obrigatoriamente apenas ao final dos prazos mínimos preestabelecidos na sentença (Silva; Veronez, 2025, p. 2).

O espaço físico destinado à execução ininterrupta da medida de segurança detentiva, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), constituiu-se historicamente como uma autêntica anomalia institucional. Conhecidos popularmente ao longo do século XX como Manicômios Judiciários, esses complexos possuíam uma natureza eminentemente híbrida, operando de maneira sombria na zona fronteiriça que mesclava o rigor do sistema penitenciário com o

4Sistema vicariante é um conceito do Direito Penal que significa que o juiz deve aplicar apenas uma das duas consequências jurídicas possíveis ao réu inimputável ou semi-imputável: pena ou medida de segurança, mas não as duas ao mesmo tempo (Coscrato, 2018, p. 75).

isolamento do hospital psiquiátrico tradicional (Silva; Veronez, 2025, p. 3). Em vez de promoverem um ambiente propício à reabilitação clínica e ao acolhimento terapêutico, esses monumentais complexos funcionavam como puras extensões do aparato prisional repressivo, arquitetados invariavelmente com muros altos, celas fortificadas e disciplina correcional rigorosa, onde a hipotética cura do paciente era sumariamente secundarizada em prol da garantia da segurança e do isolamento contínuo, reafirmando diariamente o caráter segregacionista do Direito Penal quando aplicado ao domínio da loucura (Silva; Veronez, 2025, p. 3).

A realidade empírica vivenciada no interior dos Hospitais de Custódia antes da vigência redentora da Lei nº 10.216/2001 era marcada por um quadro grave de violações aos direitos humanos mais básicos e pela extrema precariedade estrutural do Estado. Inspecionamentos rigorosos e relatórios técnicos evidenciaram que os pacientes habitavam ambientes fétidos, insalubres e desprovidos das mínimas condições de higiene habitacional, chegando frequentemente a não dispor de água potável adequada, saneamento ou até mesmo roupas de cama em seus leitos (Almeida; Kazmierczak, 2018, p. 76). A ausência absoluta de diretrizes ou projetos terapêuticos individualizados relegava os internos a um ócio forçado, penoso e crônico, substituindo qualquer tentativa válida de ressocialização pela sedação medicamentosa excessiva, punitiva e pelo mais completo abandono institucional, o que tornava a execução da pretensa medida de segurança um acelerado vetor de agravamento das patologias psiquiátricas preexistentes (Almeida; Kazmierczak, 2018, p. 76).

O prolongamento ininterrupto do internamento compulsório nessas condições desumanas produzia efeitos negativos, profundos e muitas vezes irreversíveis na psique dos sujeitos encarcerados, desencadeando o fenômeno clínico e sociológico conhecido como "neurose institucional". Ao serem retirados e sem previsão de retorno de seu meio social primário, os internos perdiam de modo acelerado o contato com a realidade externa, sofrendo uma deterioração progressiva e avassaladora de sua identidade pessoal, de sua autoestima e da manutenção de seus laços familiares (Almeida; Kazmierczak, 2018, p. 83). O modelo penal-psiquiátrico do asilamento provou-se altamente patogênico; muito longe de curar, proteger ou reintegrar o indivíduo, a internação perpétua gerava estagnação, apatia, submissão cega ao autoritarismo do corpo técnico e a incapacidade total de formular qualquer perspectiva de vida que se estendesse além dos muros do manicômio,

culminando em uma dessocialização do louco infrator (Almeida; Kazmierczak, 2018, p. 83).

Do ponto de vista puramente constitucional e principiológico, a execução sistemática da medida de segurança nos moldes pré-reforma psiquiátrica representava uma afronta direta aos pilares do Estado Democrático de Direito restabelecido no Brasil a partir de 1988. A possibilidade legal e tolerada de manutenção do indivíduo em clausura por tempo indeterminado chocava-se com a vedação constitucional às penas de caráter perpétuo, transformando o doente mental em um eterno prisioneiro sem horizonte de libertação, submetido a uma perda perpétua de direitos fundamentais e formais sob o frágil manto de um tratamento médico contínuo (Almeida; Kazmierczak, 2018, p. 67). Além disso, a aplicação cega e automática da modalidade de internação, baseada meramente na natureza reclusiva e abstrata do delito cometido, ofendia os princípios da proporcionalidade e da necessária individualização da sanção, pois o sistema impunha uma medida prisional extrema sem sequer avaliar concretamente a real necessidade terapêutica daquele agente ou a viabilidade premente de aplicação de meios ambulatoriais menos restritivos e invasivos (Oliveira, 2017, p. 863).

Por fim, a constatação empírica irrefutável de que a medida de segurança asilar operava de forma muito mais cruel e estigmatizante do que a própria pena de prisão comum direcionada aos imputáveis tornou política e eticamente insustentável a manutenção do arcaico paradigma segregatório do início do século. Denúncias recorrentes e contundentes sobre tortura, violência física, superlotação degradante e a completa e irrefutável falência terapêutica dos imensos hospitais de custódia fortaleceram de modo definitivo as bases de articulação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e impulsionaram a forte luta antimanicomial no território nacional (D'andrea; Brito; Ventura, 2013, p. 212).

Esse indispensável amadurecimento crítico e institucional evidenciou perante o tecido social que a abordagem unidisciplinar, coativa, isolacionista e repressora da psiquiatria forense clássica não alcançava, de modo algum, qualquer eficácia clínica palpável, limitando-se a punir de forma vingativa o indivíduo pela sua simples condição de ser, e não pelo ato que havia cometido de fato, o que tornou imperativa a reestruturação radical do modelo de atenção e pavimentou, após anos de embates, a promulgação da Lei nº 10.216/2001, visando, enfim, harmonizar o violento tratamento penal do inimputável com as garantias universais e inalienáveis dos direitos humanos (Oliveira, 2017, p. 873).

3.2 O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI): organização, estrutura e dinâmica de funcionamento

O atual modelo de justiça criminal no Brasil caracteriza-se por um viés predominantemente retributivo, no qual o crime é analisado sob o prisma de uma violação ao Estado, que, em consequência, determina a culpa, administra a pena e adota o encarceramento como método padrão de reação. A falência estrutural desse sistema punitivo é evidenciada pela assustadora superlotação e pela profunda insalubridade dos presídios. Nesse contexto, a maioria dos prédios carcerários encontra-se totalmente degradada, e o sistema de saúde interno é incapaz de atender à alta demanda, proliferando-se doenças graves como a tuberculose e a Aids, além de propiciar o fortalecimento de facções criminosas geradas pelas indignações com as condições desumanas. Diante de tal colapso, torna-se imprescindível a adoção de paradigmas não punitivos, a exemplo da justiça restaurativa, cujo escopo principal volta-se à reparação do dano e à reconstrução das relações, configurando-se como uma alternativa indispensável para evitar o encarceramento em massa e humanizar as esferas de aplicação da lei (Machado; Abreu, 2023, p. 65-66).

No âmbito dessa profunda transição paradigmática para modelos menos severos, o tratamento dispensado aos indivíduos que cometeram delitos e que são diagnosticados com transtornos mentais também passou por substanciais questionamentos na literatura jurídica e nas atuações das instituições. A teoria da racionalidade penal moderna e os novos entendimentos em saúde mental, diretamente atrelados ao avanço e ao fortalecimento institucional da reforma psiquiátrica brasileira, produziram intensas ressonâncias no Sistema de Direito Criminal. Tais ressonâncias consubstanciam-se na crescente exigência acadêmica e jurisprudencial de que sejam aplicadas e asseguradas as devidas garantias penais e processuais penais às medidas de segurança, com o intuito de proteger o indivíduo com transtorno mental autor de um delito contra as históricas arbitrariedades e as ingerências autoritárias advindas da lógica puramente punitiva estatal (Coscrato, 2018, p. 13-18).

A efetiva consolidação dessas garantias passa, invariavelmente, por uma revisão crítica e imperativa da estrutura dos antigos manicômios judiciários, atualmente designados sob a nomenclatura formal de Hospitais de Custódia e

Tratamento Psiquiátrico (HCTPs). Chama-se a atenção para o fato de que, historicamente e em termos práticos, a forma de tratamento ofertada nessas instituições assemelhava-se muito mais a um presídio disfarçado do que a um autêntico local cuja finalidade primária deveria ser a cura ou o cuidado. Esses hospitais configuraram-se como ambientes de constantes e sistêmicas violações de direitos fundamentais da pessoa humana, marcados de maneira estrutural pela falta de produtos básicos de higiene, pela ausência crônica de profissionais psiquiatras, pela inexistência de assistência social adequada e pela crônica escassez de medicamentos indispensáveis (Silva; Abreu, 2024, p. 21-22).

Fruto da contínua e histórica luta de movimentos sociais, de entidades da sociedade civil organizada e de profissionais da saúde mental, a legislação da Reforma Psiquiátrica instaurou no ordenamento jurídico a expressa vedação de internações de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características puramente asilares, tornando o confinamento e a privação de liberdade uma medida de estrita excepcionalidade. É exatamente no bojo desse novo e desafiador escopo normativo antimanicomial que o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) surge no cenário institucional, operando como uma proposta estatal concreta delineada para fornecer um atendimento verdadeiramente humanizado e para assegurar as garantias fundamentais daquele paciente que se encontra em conflito com a lei penal (Silva; Abreu, 2024, p. 21).

Antes da efetiva existência estrutural desse programa específico para o cuidado em saúde mental no estado de Goiás, as pessoas portadoras de transtornos mentais autoras de delito, que se encontravam submetidas à medida de segurança expedida pelo poder judiciário, eram sistematicamente encaminhadas e confinadas em meio à massa carcerária na penitenciária local. O cenário de completo abandono institucional e de graves afrontas à dignidade humana motivou a instauração de um contundente inquérito civil público no ano de 1999, o qual identificou *in loco*, na referida penitenciária comum, a presença de quase trinta homens diagnosticados com transtornos mentais severos que já se encontravam presos e apartados da sociedade há longos anos sem nenhuma assistência (Paula, 2016, p. 190).

A partir da constatação cabal desse grave quadro excludente e inconstitucional, o PAILI surgiu, em um momento incipiente no ano de 2003, tendo como seu objetivo primordial a execução de um censo detalhado e minucioso acerca das medidas de segurança que estavam em fase de cumprimento no estado de Goiás. O trabalho configurou-se como um esforço articulado entre a vara de

execuções penais e diversos órgãos ligados à defesa dos direitos humanos, o que permitiu redimensionar completamente o escopo e as estratégias do programa a partir de um argumento elementar e inquestionável de que, se a medida de segurança não ostenta um caráter punitivo em sua essência jurídica, a sua feição curativa e terapêutica deveria obrigatoriamente preponderar em todas as fases da intervenção (Paula, 2016, p. 202).

Com essa profunda e necessária reformulação de paradigma prático, a delicada questão pertinente ao infrator acometido por transtorno mental deixou de ser focada unicamente sob o restrito e criminalizador prisma da segurança pública, passando a ser definitivamente e adequadamente acolhida de forma técnica pelos serviços de saúde pública. Foi essa contínua trajetória de maturação e negociação institucional que propiciou a oficialização do PAILI, datada de 26 de outubro de 2006, momento em que o programa instituiu no estado uma equipe multidisciplinar capacitada que assumiu a responsabilidade pelas decisões clínicas de tratamento, retirando do juiz a atribuição exclusiva sobre a condução médica e inserindo o indivíduo diretamente no ambiente plural, universal e democrático do Sistema Único de Saúde (Paula, 2016, p. 202-203).

No que tange aos aspectos atinentes à sua organização institucional interna, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI-GO) encontra-se ancorado e ligado à Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde, tratando-se, portanto, de um órgão basilar que integra a estrutura da Secretaria da Saúde do Estado de Goiás. Consolidou-se como uma política governamental corajosa delineada justamente para enfrentar o intenso desafio imposto pelo manejo e cuidado das pessoas em cumprimento de medida de segurança, cuja trajetória de vida e cujo destino, na esmagadora maioria das vezes e sob a ótica do falido sistema tradicional, acabava infelizmente resumido à cruel reclusão por tempo indeterminado nas instâncias coercitivas do Estado (Silva, 2010, p. 654).

A concepção metodológica e o arcabouço de funcionamento estrutural do programa goiano não ocorreram de modo isolado no vasto território nacional, tendo sido ancorados e inspirados na pioneira vivência colhida pelo Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAIPJ-MG), que atua de forma precursora atrelado ao Tribunal de Justiça do estado de Minas Gerais. Importa sublinhar que, embora detenham nomenclaturas institucionais claramente distintas - em que um utiliza a expressão "paciente judiciário" e o outro a terminologia oficial "louco infrator" - e encontrem-se vinculados a instâncias governamentais diferentes (Saúde e Justiça),

ambos os modelos comungam do mesmo intuito central de propiciar escuta qualificada e acompanhamento interprofissional regular a sujeitos aos quais, no passado, ofertava-se quase que exclusivamente o isolamento celular acoplado a altíssimas doses de remédios com elevado potencial sedativo (Silva, 2010, p. 654).

A solidez do funcionamento diário do PAILI-GO assenta-se sobre a imprescindível e diuturna atuação de uma equipe multiprofissional altamente qualificada, a qual é estrategicamente composta pelo acompanhante terapêutico, pelo psicólogo, pelo assistente social, pelo advogado, por um assistente administrativo e por médicos psiquiatras. Esse vigoroso suporte técnico de viés interdisciplinar tem superado a costumeira rotatividade e a contumaz precariedade de vínculos típicas da gestão pública de saúde para manter o programa ativo atendendo a mais de uma centena de usuários, alcançando resultados operacionais tão substanciais e concretos que exemplares grupos de pacientes já obtiveram como desfecho final a extinção de suas sentenças de medida de segurança através do deferimento técnico e jurídico de laudos atestando a total cessação de periculosidade (Silva, 2010, p. 654).

A dinâmica prática do programa goiano não se encerra apenas na confluência de múltiplos saberes disciplinares, mas atua visceralmente para o inegável fortalecimento de outros princípios constitucionais orgânicos que regem o SUS, sobressaindo-se com notório brilho a aplicação do princípio da integralidade. Tal sagrado preceito constitucional é concretizado ativamente ao se estipular o privilégio absoluto pelo atendimento de caráter comunitário prestado o mais próximo possível da moradia e da família do indivíduo, rompendo o histórico aprisionamento e priorizando a execução das ordens judiciais de tratamento sob o regime ambulatorial extra-hospitalar, muito embora o suporte de leitos em ambiente hospitalar seja garantido para cobrir urgências e intercorrências relacionadas à aguda exacerbação de sintomas psiquiátricos (Silva, 2010, p. 654-655).

Em perfeito e irrenunciável compasso com a aplicação da integralidade, o princípio orientador da intersetorialidade consubstancia a outra engrenagem diretriz que garante a fluidez e a resolutividade do PAILI-GO, operando sob o expresso reconhecimento técnico de que os múltiplos determinantes sociais que agem sobre a saúde extrapolam as competências exclusivas do SUS. Diante disso, as ações do programa expandem-se de maneira intersetorial mediando continuamente a complexa e ruidosa relação do seu usuário assistido com as demais autarquias e instâncias de poder, instaurando canais de interlocução rotineira com os quadros do

Ministério Público, com as rígidas esferas de Justiça e Segurança, bem como articulando imprescindíveis parcerias estruturais de sobrevida material com as amplas áreas de atuação da Assistência Social e da Habitação estatal (Silva, 2010, p. 655-656).

Para que toda essa complexa rede de articulação intersetorial seja operacionalmente bem-sucedida e alcance sua missão legal de restaurar a autonomia do cidadão, a simples presença de profissionais com formações atípicas para postos de saúde ordinários inseridos diretamente na coordenação do programa revela-se de grande utilidade na condução pragmática dos imbróglios jurídicos e sociais diários. A atuação enérgica e fundamentada do advogado contratado enriquece e dá agilidade às representações elaboradas para a interlocução oficial com os magistrados das varas de execução penal, ao passo que a figura constante do acompanhante terapêutico opera nas ruas para fazer com que a readaptação e a livre circulação do paciente estigmatizado pelo imenso tecido urbano transcorra de maneira muito mais harmoniosa, amparada e irrestritamente segura (Silva, 2010, p. 656).

O referido arranjo estrutural, embasado no foco incisivo voltado à reconstrução da dignidade humana e na priorização inequívoca do cuidado exercido em meio aberto, conferiu ao PAILI notável destaque no cenário das fervorosas discussões nacionais e acadêmicas que debatem a necessária e premente formulação de novos paradigmas teóricos e humanistas para lidar com a pessoa portadora de transtorno mental transgressora da lei.

Em sua essência analítica derradeira, as engrenagens de funcionamento do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator apresentam-se na contemporaneidade como uma já consolidada, potente e inquestionavelmente exitosa experiência antimanicomial de natureza política e social que opera ininterruptamente no seio das instituições públicas do Brasil central desde o ano formador de 2006. Ao operar as suas ações em uma posição filosófica e clínica diametralmente antagônica à manutenção e perenidade dos muros erguidos pelos manicômios judiciários, o programa goiano ratifica a sua substanciosa base executiva apoiando-se estrita e rigorosamente nas regras humanizantes e cristalinas oriundas da Lei nº 10.216/2001, atestando de forma irrefutável no dia a dia da práxis forense que é possível cuidar, proteger a sociedade e conduzir as tutelas executórias sem fazer uso, sob pretexto algum, de qualquer modalidade vinculada à

obsoleta lógica inerente à internação de contornos asilares (Caetano; Tedesco, 2021, p. 192-193).

3.3 Panorama atual da custódia e do tratamento psiquiátrico no Brasil

O panorama atual da custódia e do tratamento psiquiátrico no Brasil é marcado por uma profunda contradição estrutural e normativa. Apesar dos amplos avanços propugnados pela Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), a qual estabeleceu o fim progressivo dos manicômios e a priorização do cuidado em liberdade, o Estado brasileiro ainda mantém em pleno funcionamento os denominados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) (Sá; Lima, 2023, p. 208-209). Essas instituições operam, na prática fática, como um modelo híbrido entre o hospício clássico e a prisão, consolidando-se como espaços de forte segregação destinados àqueles que, aos olhos do sistema de justiça penal e da psiquiatria forense, carregam a marca simultânea da insanidade mental e do perigo social (Paixão, 2021, p. 83).

O HCTP surgiu, historicamente, com a justificativa de proteger a sociedade e, ao mesmo tempo, promover a cura do indivíduo considerado inimputável; contudo, a realidade evidencia que tais estabelecimentos atuam, primordialmente, como instrumentos de contenção física, nos quais a lógica punitiva carcerária sobrepõe-se ao cuidado em saúde (Paixão, 2021, p. 82-84).

A população submetida a essas medidas de segurança enfrenta o que a literatura sociológica e sanitária denomina de "dupla estigmatização". O indivíduo internado no HCTP é estigmatizado tanto pela sua condição de sujeito em sofrimento psíquico (o "louco") quanto pela prática de um ato ilícito (o "criminoso") (Oliveira *et al*., 2022, p. 4554). Tal sobreposição cruel de estigmas culmina em um fenômeno devastador, conceituado pelo sociólogo Erving Goffman como "morte social". Inseridos no contexto das instituições totais, os socialmente mortos passam por um processo institucional de seleção e classificação em que são definitivamente ocultados do convívio comunitário diário, perdendo a sua identidade social prévia, o seu papel laborativo e a sua voz ativa (Oliveira e*t al.,* 2022, p. 4554; Saija *et al.,* 2025, p. 262). Ocultados por trás de espessos muros, esses sujeitos são submetidos a uma rotina de aguda invisibilidade, na qual a perda quase irreversível de vínculos

familiares e a impossibilidade prática de retorno ao meio sociofamiliar decretam o seu apagamento perante a sociedade civil (Oliveira *et al.,* 2022, p. 4554).

O enorme abismo entre a previsão legal protetiva e a realidade da execução penitenciária brasileira é irrefutavelmente evidenciado pelos dados demográficos nacionais recentes. De acordo com os relatórios do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, vinculado à Secretaria Nacional de Políticas Penais, o Brasil possui, atualmente, 2.736 pessoas em cumprimento formal de medida de segurança (Saija *et al*., 2025, p. 263). O dado estatístico mais alarmante, contudo, é que aproximadamente 86% dessa população altamente vulnerável cumpre a medida estatal na modalidade de internação psiquiátrica (regime fechado), ao passo que apenas 14% encontram-se inseridos em regime de tratamento ambulatorial (Oliveira *et al*., 2022, p. 4554). Tal constatação comprova uma flagrante e contínua inversão da Lei Antimanicomial, a qual determina expressamente que a internação asilar deve ser a exceção absoluta. Na prática forense diária, os magistrados persistem em decidir amparados pela lógica do Código Penal de 1940, aplicando a segregação como regra geral e subutilizando os recursos substitutivos. Ademais, infere-se que o número real de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei seja substancialmente maior, em face da notória subnotificação institucional e da existência atestada de indivíduos cumprindo medidas de segurança irregularmente em celas de presídios comuns, sem qualquer assistência psiquiátrica direcionada (Oliveira *et al*., 2022, p. 4554).

O perfil epidemiológico e sociodemográfico dessa população evidencia, de maneira contundente, a forte seletividade do sistema de justiça criminal pátrio. Um estudo censitário e minucioso realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de Santa Catarina, ao analisar os laudos periciais confeccionados entre 2020 e 2022, delineou com precisão as características vitais desses pacientes. Constatou-se que a esmagadora maioria dos internados é do sexo masculino (87,6%), de estado civil solteiro (66,1%) e com níveis de escolaridade precários, observando-se que 48,8% da amostra sequer concluiu o ensino fundamental, e 11,6% eram tecnicamente analfabetos (Lema *et al.,* 2025, p. 656). Do ponto de vista estritamente psiquiátrico, o diagnóstico clínico mais prevalente foi a esquizofrenia e outros transtornos delirantes (51,2%), acompanhados pelos transtornos do humor e por graus de retardo mental (Lema *et al.,* 2025, p. 657). O aludido perfil reflete o encarceramento de uma população historicamente marginalizada, alijada do mundo do trabalho formal produtivo e

cronicamente desamparada pelas políticas preventivas e assistenciais do Estado. A pesquisa revelou que a obtenção do laudo de "cessação da periculosidade" - requisito jurídico indispensável para a desinternação - apresentou associação estatisticamente significativa com a existência de apoio familiar ativo e com a regularidade do paciente no tratamento ambulatorial (Lema *et al*., 2025, p. 651). Contudo, a ausência reiterada desse suporte primário para inúmeros internados perpetua a sua permanência no cárcere psiquiátrico.

A permanência prolongada, e por vezes de caráter perpétuo, nos HCTPs sustenta-se juridicamente sobre a movediça e arcaica noção de "periculosidade presumida". Historicamente construída pelo biodeterminismo psiquiátrico do século XIX, a periculosidade alicerça-se em um mero juízo probabilístico abstrato de que o "louco infrator", movido pela sua condição clínica patológica, voltará invariavelmente a delinquir contra a ordem estabelecida (Paixão, 2021, p. 87). A literatura contemporânea e os defensores dos direitos humanos denunciam que essa presunção punitiva converte a medida de segurança em uma punição sem qualquer prazo de validade, contrariando os princípios constitucionais da proporcionalidade penal e da expressa vedação a penas de caráter perpétuo (Sá; Lima, 2023, p. 215).

O discurso retórico da "defesa social" tem sido habitualmente instrumentalizado pelos tribunais como justificativa genérica e confortável para a negação de garantias fundamentais. A análise empírica das decisões judiciais evidencia que o medo de um "perigo latente" leva os magistrados a manterem as internações de modo indefinido, transformando os laudos periciais - que, em essência, deveriam consistir em detalhadas avaliações clínicas de saúde - em frios atestados burocráticos de manutenção do cárcere, bloqueando definitivamente a via legal da desinstitucionalização (Sá; Lima, 2023, p. 215).

Ao se analisar o acesso cotidiano à saúde no interior dessas severas instituições, a discrepância entre o preceito normativo e a concretude fática torna-se ainda mais aguda e inadmissível. Retornando ao cenário do Estado de Santa Catarina, pesquisas demonstram que a garantia inegociável do direito social à saúde para os internos do HCTP esbarra em sérios gargalos de ordem administrativa e logística. Embora a Constituição Federal de 1988 e a Lei de Execução Penal (LEP) determinem e assegurem atendimento médico, farmacológico e de assistência social adequados aos reclusos, a realidade vivenciada nos pátios escancara o imenso atraso sistêmico na avaliação clínica dos pacientes (Krause; Cimadon, 2021, p. 108659). Demonstrou-se, a título de exemplo irrefutável, que o tempo de espera real

para a confecção de um simples laudo pericial de verificação da cessação de periculosidade naquele estado chegava a ultrapassar a média dramática de três meses, violando frontalmente e sem escusas o prazo legal de 45 dias estipulado pelas normativas (Krause; Cimadon, 2021, p. 108659). Tal lapso temporal, longe de ser um mero contratempo burocrático, significa na materialidade da vida que indivíduos já clinicamente estabilizados e aptos ao retorno comunitário permanecem encarcerados ilegalmente aguardando o movimento da máquina estatal, o que deteriora severamente o quadro psicológico alcançado e inviabiliza a sua célere reintegração social.

O caráter indubitavelmente prisional que se sobrepõe e asfixia qualquer possibilidade de ambiente terapêutico também é ratificado pela realidade encontrada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de Sergipe (HCTP/SE). Inspeções institucionais de caráter oficial, encabeçadas pelo Conselho Federal de Psicologia, atestaram de forma inequívoca que o ambiente em Sergipe encontra-se inteiramente descaracterizado como um serviço de saúde focado no cuidado em saúde mental (Silva; Santos, 2020, p. 297). O local funciona, tanto estrutural quanto operacionalmente, como uma prisão estadual de segurança máxima. As falas e as posturas funcionais dos servidores da unidade sinalizam uma preocupação esmagadora e quase exclusiva com a contenção física, a vigilância patrimonial e a manutenção da ordem disciplinar, renegando completamente as diretrizes clínicas sanitárias e de fomento à cidadania preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (Silva; Santos, 2020, p. 297).

Diante desse calamitoso cenário de omissão governamental e aguda escassez de recursos voltados para a elaboração de um efetivo Projeto Terapêutico Singular, os conselhos de classe propuseram recomendações institucionais de extrema urgência. Tais medidas incluíam, prioritariamente, o repasse da integralidade da gestão administrativa do hospital da Secretaria de Segurança Pública para a competência da Secretaria de Estado da Saúde, alinhada à obrigatória capacitação dos agentes ali lotados nas diretrizes dos direitos humanos (Silva; Santos, 2020, p. 298). Contudo, a ausência histórica de vontade política perpetua o trágico quadro de abandono estatal sobre esses sujeitos.

Um dos fatores centrais que elucida o profundo e crônico fracasso da custódia psiquiátrica nacional reside, inegavelmente, na própria matriz de gestão administrativa imposta a essas instituições de controle. Mesmo mantendo o rótulo formal de "hospitais", a quase totalidade dos HCTPs do país encontra-se

subordinada e vinculada aos sistemas repressivos de segurança pública e de administração penitenciária, sem laços operacionais eficientes com a Secretaria de Saúde ou o SUS (Oliveira *et al.,* 2022, p. 4554). Essa distorção original fomenta um conflito diário, insolúvel e desgastante entre o dever técnico do saber médico emancipatório e a exigência coercitiva do saber jurídico-punitivo. Profissionais de saúde civil alocados nessas unidades prisionais são, rotineiramente, submetidos e forçados pelo sistema a atuar em função de agentes de disciplina e vigilância, priorizando a tranca, o isolamento em celas e a contenção química por sedação, em franco detrimento da aplicação de abordagens psicossociais emancipatórias (Saija *et al*., 2025, p. 265). O tratamento dispensado no interior do HCTP, em decorrência dessa arquitetura penal engessada, consolida contradições cruéis e onerosas: ausência crônica de articulação com a assistência social básica dos municípios de origem, taxas alarmantes de cronificação institucional (onde a longa permanência gera o completo embotamento afetivo) e o consumo exorbitante e ineficaz de vultosos recursos do erário público, os quais deveriam, estar sendo canalizados para a construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e moradias de transição como as residências terapêuticas (Oliveira *et al.,* 2022, p. 4554).

Sob o enfoque inafastável do direito fundamental à saúde, a Constituição Federal de 1988 preconiza, em seu impositivo artigo 196, que a saúde é e deve ser tratada como um "direito de todos e dever do Estado". Trata-se de um direito transindividual, difuso e de altíssima relevância social, abarcado, sem margens para objeções, pela teoria contemporânea do mínimo existencial (Krause; Cimadon, 2021, p. 108648).

Ao privar a pessoa que padece de transtorno mental da sua elementar liberdade de ir e vir, sob o escudo discursivo de fornecer-lhe suposto tratamento qualificado, o Estado avoca integralmente para si o dever intransferível de prover o que há de mais humano, moderno e efetivo em termos de cuidado clínico e reabilitação. Submeter um cidadão doente a masmorras asilares descritas de forma unânime pela literatura crítica como "o pior do pior" configura infração direta ao princípio basilar da dignidade da pessoa humana, além de materializar evidente modalidade de tortura e tratamento cruel e degradante, posturas veementemente condenadas nos diplomas e convenções internacionais ratificados pelo Brasil (Paixão, 2021; Krause; Cimadon, 2021, p. 108648). Como assevera o amplo escopo bibliográfico sobre a matéria, o sofrimento psíquico não decorre de um determinismo exclusivamente biológico inexorável, mas é, sobremaneira, forjado e inflamado pelas

desumanas condições de opressão, da violência de classe, da exclusão estrutural e do sistemático abandono estatal (Saija *et al.,* 2025, p. 262). Logo, o confinamento coercitivo nos sombrios HCTPs não apenas fracassa na sua promessa ilusória de "curar", como retroalimenta, agrava e cristaliza a patologia mental severa.

Em sede de conclusão acerca do panorama analisado, constata-se que a atual arquitetura da custódia e do tratamento psiquiátrico no território nacional escancara uma severa crise de ordem civilizatória e de ineficácia da lei material. Resta comprovado que os Hospitais de Custódia não possuem capacidade orgânica ou institucional para acompanhar as radicais transformações éticas impulsionadas pela superveniência da Lei nº 10.216/2001. Estagnaram no tempo e mantiveram-se intactos como redutos obscuros de reprodução de práticas asilares de contenção e higienização (Sá; Lima, 2023, p. 215; Paixão, 2021).

A materialidade opressora vivenciada nas diversas unidades da federação, amplamente diagnosticada pelos rigorosos estudos empíricos, atesta que o cumprimento da medida de segurança de internação nutre-se, fundamentalmente, de presunções arcaicas calcadas no punitivismo, gerando inevitável mortificação identitária, a aniquilação completa de liames afetivos e sociais e a inexorável condenação à morte social do internado. Para que o paradigma democrático e de proteção estabelecido pelo neoconstitucionalismo brasileiro seja, de fato, plenamente alcançado no campo da execução penal, a urgente desativação orgânica desses degradantes espaços carcerários e a concomitante e vigorosa absorção dessa demanda clínica complexa pelas vias da Rede de Atenção Psicossocial erguem-se não meramente como um mero ajuste de governança, mas, sobretudo, como a imperiosa reconquista e consagração final da dignidade humana.

3.4 Análise comparativa dos dados coletados

A sistematização e o confronto dos dados apresentados nos tópicos precedentes permitem uma análise comparativa profunda acerca da dicotomia entre o modelo de custódia tradicional e o paradigma da atenção integral. Sob uma perspectiva histórica e doutrinária (item 2.1), observa-se que o Direito Penal brasileiro ainda carrega o peso do biodeterminismo do século XIX, fundamentando a medida de segurança na periculosidade imanente do agente e não apenas no fato típico cometido (Coscrato, 2018, p. 80). Essa herança teórica, longe de ser um

resquício superado, manifesta-se com vigor no panorama atual da custódia no Brasil (item 2.3), onde o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias revela que a internação em regime fechado ainda é a regra para a esmagadora maioria dos casos, subutilizando os recursos substitutivos de tratamento ambulatorial (Oliveira *et al.,* 2022, p. 4554).

O confronto entre esses dados e a estrutura organizacional do PAILI (item 2.2) evidencia que a crise do sistema não é meramente normativa, mas de gestão e de paradigma clínico-institucional. Enquanto os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) de estados como Santa Catarina e Sergipe operam sob a lógica da "instituição total", em que a segurança pública asfixia o cuidado em saúde e gera a "morte social" do interno (Oliveira *et al*., 2022, p. 4554; Silva; Santos, 2020, p. 297), o PAILI-GO propõe uma ruptura ao transferir a responsabilidade pelo cuidado do indivíduo para a rede de saúde pública. A eficácia desse modelo goiano, ancorado na intersetorialidade, demonstra que a presença de uma equipe multidisciplinar ativa e de suporte jurídico no processo terapêutico é capaz de reverter o isolamento crônico que, em modelos asilares tradicionais, leva à "neurose institucional" e ao agravamento irreversível das patologias (Almeida; Kazmierczak, 2018, p. 83).

Comparativamente, nota-se que o tempo indeterminado das medidas de segurança nos HCTPs convencionais funciona como uma modalidade de pena perpétua disfarçada, agravada pela lentidão burocrática na confecção de laudos de cessação de periculosidade (Krause; Cimadon, 2021, p. 108659; Sá; Lima, 2023, p. 215). Por outro lado, a práxis do PAILI atesta que o acompanhamento em meio aberto, o foco na autonomia e o fortalecimento dos laços familiares são os fatores que realmente viabilizam o deferimento jurídico da desinternação segura (Silva, 2010, p. 654; Lema *et al*., 2025, p. 651). Conclui-se, portanto, que o PAILI não apenas cumpre a Lei nº 10.216/2001 com maior rigor ético, mas também oferece uma solução concreta para o vazio assistencial do sistema carcerário, provando que a dignidade humana e a proteção da sociedade não são conceitos excludentes, mas interdependentes quando o foco da intervenção estatal é a reabilitação psicossocial e não a mera neutralização punitiva do louco infrator.

CAPÍTULO 4 – POLÍTICAS PÚBLICAS, DESAFIOS INSTITUCIONAIS E PERSPECTIVAS PARA A PROTEÇÃO DOS LOUCOS INFRATORES

O presente capítulo dedica-se a analisar as políticas públicas, os desafios institucionais e as perspectivas futuras voltadas à proteção jurídica e social das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Para tanto, a discussão parte da consolidação da política antimanicomial no Brasil, compreendida não apenas como uma diretriz sanitária, mas como um marco civilizatório de direitos humanos. Busca-se explorar a superação histórica da invisibilidade desse grupo, fundamentada na Constituição Federal de 1988, na Lei nº 10.216/2001 e em convenções internacionais, que repudiam o isolamento asilar e consagram o cuidado em liberdade. Contudo, evidencia-se o forte tensionamento dessa rede de proteção com a dogmática penal tradicional, ainda ancorada na presunção de periculosidade e na imposição de medidas de segurança segregatórias e, muitas vezes, de caráter perpétuo. Nesse contexto, examina-se o papel ambivalente do Poder Judiciário, que transita de uma postura historicamente complacente com o confinamento punitivo para um protagonismo contemporâneo focado no garantismo, impulsionado por arranjos interinstitucionais inovadores e por normativas impositivas, como a Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça, que determina o fechamento dos manicômios judiciários.

Avançando na materialidade da execução penal, o capítulo aprofunda-se nos formidáveis desafios estruturais, operacionais e culturais para a implementação efetiva de programas comunitários de atenção integral, a exemplo do pioneiro PAILI no estado de Goiás. São debatidos obstáculos sistêmicos como a escassez de recursos e profissionais, a complexidade clínica dos diagnósticos duplos, o estigma enfrentado pelos egressos, o rompimento irreversível dos vínculos sociofamiliares e a premente necessidade de articulação intersetorial com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Por fim, delineiam-se as perspectivas metodológicas e institucionais para o aprimoramento dessas políticas públicas. A substituição do falido exame de verificação de periculosidade por ferramentas de gestão de risco baseadas em evidências, a expansão das equipes de avaliação no sistema prisional, a universalização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a estruturação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) são apresentados como caminhos inadiáveis. Dessa forma, busca-se demonstrar que a garantia irrestrita da dignidade

da pessoa humana exige do Estado a superação definitiva da lógica asilar por uma cultura de reabilitação e cuidado emancipatório no território.

4.1 A política antimanicomial e a proteção jurídica das pessoas com transtornos mentais

A política antimanicomial deve ser compreendida menos como mera retomada histórica da Reforma Psiquiátrica e mais como parâmetro jurídico de controle das respostas estatais dirigidas às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Isso porque a consolidação dessa política no Brasil representou a passagem de um modelo que relegava tais sujeitos à invisibilidade institucional para outro fundado em direitos, participação e reconhecimento de cidadania. Em termos jurídicos, esse deslocamento significou a recusa da lógica que tratava a pessoa com sofrimento psíquico como objeto de contenção e a afirmação de sua condição de sujeito de direitos, titular de proteção estatal reforçada (Correia, 2021, p. 368-372).

A Lei nº 10.216/2001 constitui o principal marco normativo dessa transformação ao estabelecer que o tratamento em saúde mental não pode se organizar sob bases asilares e segregatórias. Sua importância não se resume ao redirecionamento administrativo do modelo assistencial, pois a legislação positivou uma orientação material fundada na dignidade, na liberdade e na inclusão comunitária, impondo ao Estado o dever de ofertar cuidado em meio aberto, por meio de redes territoriais e estratégias que respeitem a singularidade e a autonomia do indivíduo (Casagrande; Soares, 2025, p. 1-3). Ainda assim, a literatura ressalta que a existência do diploma legal, embora decisiva, não é suficiente por si só, já que a efetividade da proteção jurídica depende de mobilização contínua contra permanências institucionais que insistem em reproduzir a racionalidade manicomial (Correia, 2021, p. 372).

Tal arranjo protetivo encontra fundamento direto na Constituição Federal de 1988, especialmente no princípio da dignidade da pessoa humana e na vedação a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. A partir da centralidade normativa da dignidade, o Estado não pode adotar medidas que transformem a pessoa com transtorno mental em simples objeto de contenção biomédica, neutralização social ou privação indefinida de liberdade. Ao contrário, a ordem constitucional exige que a intervenção estatal seja orientada por respeito à vontade, à integridade e à condição

de sujeito de direitos, tornando incompatíveis com a Constituição práticas marcadas por violência institucional, confinamento degradante e supressão sistemática da autonomia (Araújo, 2022, p. 20-25).

Todavia, a proteção jurídica da pessoa com transtorno mental sofre sua inflexão mais sensível quando entra em contato com o sistema penal. Embora a Lei Antimanicomial estabeleça a excepcionalidade da internação e vede instituições com características asilares, o direito penal brasileiro continua estruturado, em larga medida, sobre a noção de periculosidade. Daí resulta um grave paradoxo: o mesmo ordenamento que, no campo da saúde mental, afirma o cuidado em liberdade, preserva, no âmbito penal, mecanismos assentados em segregação e contenção de longo prazo (Cacicedo; Santos, 2022, p. 322; Nunes; Costa; Oliveira, 2023, p. 723).

Nos termos do artigo 26 do Código Penal, a pessoa considerada inimputável, por ser inteiramente incapaz de compreender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento em razão de doença mental, é isenta de pena e submetida à medida de segurança. O problema é que essa medida não se estrutura a partir da culpabilidade, mas sim da presunção de periculosidade, o que desloca o eixo da resposta estatal para a ideia de risco futuro e de defesa social. Em consequência, a internação torna-se frequentemente aplicada de forma quase automática, alimentada por preconceitos e estigmas historicamente associados à loucura criminosa (Nunes; Costa; Oliveira, 2023, p. 724-725; Cacicedo; Santos, 2022, p. 323-324).

O tensionamento em comento não aparece apenas na fase executória. Ele já se manifesta no primeiro contato da pessoa com transtorno mental com o sistema de justiça criminal. Estudos sobre audiências de custódia demonstram que o dispositivo que deveria funcionar como garantia contra abusos pode ser desvirtuado por uma leitura patologizante da diferença, transformando-se em ferramenta de captura institucional. Nesses casos, a anormalidade é estigmatizada e a audiência deixa de operar como mecanismo de proteção da liberdade para justificar o encarceramento compulsório sob o discurso de cuidado médico e segurança pública (Campos et al., 2022, p. 4-5).

Em reação a esse quadro, a incorporação do modelo social da deficiência ao ordenamento jurídico brasileiro produziu uma inflexão interpretativa relevante. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei nº 13.146/2015 afastaram o paradigma estritamente médico, segundo o qual a deficiência ou o transtorno mental legitimariam a neutralização do sujeito, e passaram a enfatizar que

a exclusão decorre da interação entre impedimentos individuais e barreiras socialmente impostas. Nesse sentido, o transtorno mental não pode ser automaticamente equiparado à incapacidade total, nem servir de fundamento abstrato para a supressão de direitos, sobretudo porque o Estatuto da Pessoa com Deficiência rompeu com a antiga presunção absoluta de incapacidade civil e reforçou a autonomia existencial dessas pessoas (Nunes; Costa; Oliveira, 2023, p. 726-727; Bomtempo, 2023, p. 132-133).

É nesse cenário que ganha força a proposta doutrinária do chamado regime de dupla garantia. Segundo essa formulação, a pessoa inimputável submetida à medida de segurança deve usufruir, simultaneamente, das garantias penais aplicáveis a qualquer jurisdicionado e das garantias protetivas próprias da legislação de saúde mental, impedindo que o indivíduo considerado inimputável receba tratamento mais gravoso que aquele dispensado ao imputável e exige que a execução da medida seja compatível com a Lei nº 10.216/2001, com a excepcionalidade da segregação e com a vinculação da assistência à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Cacicedo; Santos, 2022, p. 321-322; Oliveira *et al*., 2023, p. 6-7).

A relevância prática desse debate se evidencia nas pesquisas empíricas sobre os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que mostram a permanência de um modelo orientado muito mais pelo controle e pela medicalização do que por estratégias clínicas emancipatórias. Gestores e profissionais reconhecem que a rigidez estrutural e securitária dessas instituições compromete a reabilitação, fragiliza o cuidado individualizado e dificulta a elaboração do Projeto Terapêutico Singular, instrumento essencial para qualquer proposta séria de reintegração social. Por isso, a proteção jurídica da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei não pode permanecer dissociada da crítica ao funcionamento concreto dessas estruturas, sob pena de a ordem normativa antimanicomial ser neutralizada pela persistência material do manicômio judicial (Oliveira *et al.*, 2023, p. 7-8).

Desse modo, a política antimanicomial deve ser lida como critério de contenção do poder punitivo e de reinterpretação da resposta estatal à loucura infratora. A proteção jurídica das pessoas com transtornos mentais somente se realiza plenamente quando o sistema penal deixa de operar pela presunção de perigo e passa a submeter-se, de forma efetiva, aos marcos constitucionais, sanitários e convencionais de dignidade, autonomia e cuidado em liberdade.

4.2 A atuação do Poder Judiciário na efetivação dos direitos dos loucos infratores

A compreensão da atuação do Poder Judiciário frente às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei exige, preliminarmente, a análise crítica de como a magistratura se portou ao longo da história processual e penal brasileira. Tradicionalmente, o Judiciário não atuou como um garantidor da emancipação desses sujeitos, mas funcionou como uma engrenagem central na política de profilaxia (prevenção de doenças) e de defesa social. A resposta judicial ao cometimento de ilícitos por indivíduos considerados inimputáveis (aqueles inteiramente incapazes de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento) foi moldada sob a forte influência da Escola Positiva do Direito Penal e da psiquiatria clássica, as quais incutiram no sistema de justiça a noção de "periculosidade" (Silva, 2020, p. 11).

Sob esse paradigma, a atuação do juiz desviava-se da análise estrita do fato criminoso para focar na condição existencial e clínica do autor do delito. O magistrado, muitas vezes desprovido de conhecimentos técnicos aprofundados sobre saúde mental, passava a delegar o seu poder decisório aos peritos médicos (Silva, 2020, p. 20). A sentença absolutória imprópria (decisão judicial que absolve o réu da pena prisional comum, mas lhe impõe a medida de segurança) transformou-se, na prática, em um salvo-conduto para o encarceramento por tempo indeterminado. Nesse contexto histórico, a atuação judicial limitava-se a chancelar laudos psiquiátricos que, de forma quase mecânica, atestavam a persistência da periculosidade do agente, resultando na manutenção crônica do sujeito no interior de manicômios judiciários (Caetano; Tedesco, 2021, p. 192). O juiz tornava-se, assim, um administrador do isolamento, referendando uma privação de liberdade que, sob o manto do "tratamento terapêutico", violava o pressuposto constitucional da culpabilidade e da vedação a penas de caráter perpétuo (Caetano; Tedesco, 2021, p. 192).

A literatura demonstra que a criação dos manicômios judiciários não surgiu como uma autêntica política de saúde impulsionada pela Justiça, mas como uma resposta do Judiciário e do Estado à necessidade pragmática de segregar aqueles indivíduos que não se enquadravam na disciplina rígida da prisão comum e tampouco eram aceitos nos hospitais civis (Silva, 2020, p. 11-12). A pesquisa sobre as raízes desse sistema, como a estruturação do Manicômio Judiciário Maurício

Cardoso na década de 1940, revela que o Poder Judiciário, ao aplicar a medida de segurança detentiva, operava em um vácuo de fiscalização terapêutica. Após a prolação da sentença, o acompanhamento judicial da efetividade do tratamento era praticamente escasso. A supervisão resumia-se à exigência burocrática dos exames de cessação de periculosidade, os quais frequentemente justificavam a prorrogação da segregação do sujeito com base em fundamentos morais, de indisciplina interna e de conveniência social, e não baseados estritamente em critérios médicos evolutivos (Silva, 2020, p. 20).

Um dos campos mais tormentosos para a atuação contemporânea do Poder Judiciário reside na fronteira tênue entre a sanidade e o transtorno de personalidade, cujo expoente máximo de dificuldade hermenêutica para os juízes é a psicopatia (Rodrigues; Almeida, 2023, p. 2832). A psicopatia impõe um severo dilema ao magistrado, pois o indivíduo que possui esse transtorno (caracterizado, em termos gerais, pela ausência de empatia, frieza emocional e alta capacidade de manipulação) frequentemente possui a plena capacidade intelectual de compreender que sua conduta é criminosa, o que, em tese, afastaria a declaração de inimputabilidade (Rodrigues; Almeida, 2023, p. 2833). No entanto, a falha patológica reside na esfera volitiva e moral, ou seja, na incapacidade do sujeito de refrear os próprios impulsos destrutivos e de sentir qualquer remorso por seus atos.

Diante desse complexo quadro clínico, os juízes encontram-se em um verdadeiro "limbo jurídico", evidenciando a ausência de uma política criminal legislativa específica. Se o Judiciário condena o psicopata a uma pena privativa de liberdade comum (considerando-o plenamente imputável), o sistema prisional convencional não oferece qualquer tratamento adequado. Ao final do cumprimento da pena, o indivíduo retornará à sociedade com o mesmo, ou até maior, risco de reincidência, visto que o cárcere tende a agravar os traços antissociais de sua personalidade (Rodrigues; Almeida, 2023, p. 2833).

Por outro lado, se o juiz o considera semi-imputável (com capacidade parcial de entendimento) ou inimputável, e lhe aplica uma medida de segurança em hospital psiquiátrico, depara-se com a objeção da própria classe médica psiquiátrica. Os profissionais da saúde argumentam que a psicopatia não constitui uma doença mental curável por meio de intervenções medicamentosas ou psicofármacos, tornando o tratamento em manicômios inócuo e convertendo a internação hospitalar em uma mera camuflagem institucional para a prisão perpétua (Rodrigues; Almeida, 2023, p. 2833). A jurisprudência pátria tem oscilado nesse tema, o que obriga o

magistrado a tomar decisões muitas vezes baseadas em convicções íntimas ou no clamor social, fragilizando a segurança jurídica e a padronização das decisões.

O ápice dessa tensão entre os limites do poder de atuação judicial, a pressão da opinião pública e a escassez de respostas terapêutico-penais adequadas encontra sua ilustração mais contundente no emblemático "Caso Champinha" (Raposo; Almeida, 2025, p. 1254). Ocorrido no ano de 2003, o caso envolveu um adolescente que cometeu atos infracionais análogos a crimes hediondos de sequestro, estupro e homicídio. O Poder Judiciário, no momento inicial, atuou de forma estritamente vinculada ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Referido estatuto estipula, de forma taxativa e inegociável, que a medida socioeducativa de internação não pode ultrapassar o limite máximo de três anos, e que a liberação compulsória do interno deve ocorrer, impreterivelmente, quando este completa 21 anos de idade (Raposo; Almeida, 2025, p. 1254).

Contudo, ao se aproximar o termo final da execução da medida socioeducativa, o Judiciário deparou-se com sucessivos laudos periciais que atestavam que o jovem possuía um transtorno de personalidade antissocial severo, associado a uma altíssima propensão à reincidência violenta (Raposo; Almeida, 2025, p. 1254). O Judiciário paulista viu-se, então, diante de um impasse monumental que testou os limites de sua competência: seguir a estrita legalidade imposta pelo legislador no ECA e determinar a soltura de um indivíduo clinicamente atestado como letal, ou buscar uma inovação processual atípica para mantê-lo segregado da sociedade.

A resposta estruturada pelo Poder Judiciário consistiu em uma manobra processual no âmbito do Direito Civil. O Ministério Público propôs, e a Justiça acatou, uma ação de interdição civil cumulada com um pedido de internação compulsória por tempo indeterminado em uma Unidade Experimental de Saúde (Raposo; Almeida, 2025, p. 1254). Esta inédita decisão judicial gerou um profundo e irreversível cisma doutrinário. Para uma parcela dos juristas, o Judiciário agiu de forma correta ao tutelar o princípio da defesa social, preenchendo uma grave lacuna deixada pela lei. Para outra parcela da doutrina, mais alinhada à proteção dos direitos humanos, a atuação judicial no Caso Champinha representou uma perigosa ruptura da ordem constitucional e da separação dos poderes (Raposo; Almeida, 2025, p. 1254).

Ao utilizar um instituto do Direito Civil (a interdição por incapacidade) para alcançar fins eminentemente penais (a segregação contínua de um infrator de alta

periculosidade), o Judiciário teria chancelado uma autêntica prisão perpétua travestida de medida terapêutica civil, burlando o limite temporal imposto pelo legislador (Raposo; Almeida, 2025, p. 1254). O caso evidencia de forma cristalina como a autoridade judicial, pressionada pela gravidade objetiva do delito e pelas severas limitações de tratamento apontadas pela psiquiatria, pode flexibilizar dogmas constitucionais de liberdade, resultando na criação de precedentes controversos que ameaçam as garantias das pessoas com transtornos mentais.

Para contrapor essa pesada herança histórica de segregação, delegacionismo médico e improvisações jurídicas, o próprio Poder Judiciário passou a incentivar iniciativas institucionais revolucionárias a partir de seu interior, buscando um modelo garantista. O principal marco prático dessa nova postura é o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), idealizado e consolidado no âmbito do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (Couto; Nogueira, 2020, p. 49). O PAI-PJ representa uma vigorosa quebra de paradigma na forma como o juiz atua no andamento do processo criminal, deslocando o magistrado da figura solitária de "aplicador de castigos" para a posição de articulador central de políticas públicas intersetoriais de cuidado (Couto; Nogueira, 2020, p. 49).

A operacionalização do PAI-PJ altera substancialmente a rotina forense ao inserir uma equipe interdisciplinar (composta por assistentes sociais, psicólogos e profissionais do direito) diretamente no fórum, auxiliando o juiz desde o exato momento da prisão em flagrante ou da audiência de custódia do indivíduo que apresenta indícios de sofrimento mental (Couto; Nogueira, 2020, p. 50). Na atuação tradicional, o juiz aguardava passivamente, muitas vezes com o réu preso cautelarmente, a produção demorada de um laudo pericial oficial para atestar a periculosidade. Com o PAI-PJ, a equipe técnica realiza um acompanhamento clínico, familiar e social ativo e imediato. Amparado por essa rede de informações interdisciplinares, o juiz adquire respaldo técnico e humano para determinar a medida de segurança não mais como um confinamento no Manicômio Judiciário, mas por meio da articulação direta com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS) e com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) locais (Couto; Nogueira, 2020, p. 50).

A nova formatação da atuação judicial introduz no rigoroso processo penal a figura clínica do Acompanhamento Terapêutico (AT). O Judiciário passa a fiscalizar a execução da medida de segurança não apenas através de prazos e relatórios burocráticos, mas por meio do acompanhamento de um Projeto Terapêutico Singular

(PTS). Este projeto é desenhado sob medida pela equipe de saúde para resgatar a cidadania, reestabelecer os vínculos familiares corrompidos pela doença ou pelo crime, e promover a efetiva inserção comunitária do infrator (Couto; Nogueira, 2020, p. 50-51). Nesse modelo prospectivo, a atuação do juiz materializa no processo penal os ditames da Lei Antimanicomial, comprovando de maneira empírica que é perfeitamente viável responsabilizar o sujeito pelo ato delituoso cometido sem destituí-lo de sua condição humana e de sua liberdade de ir e vir.

No plano macroinstitucional e normativo, a corroboração dessa transformação na atuação do Poder Judiciário em âmbito nacional culminou na edição da contundente Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) (Gomes; Novaes, 2025, p. 2). Esta resolução instituiu, com força vinculante, a Política Antimanicomial do Poder Judiciário. A medida impõe uma diretriz de cumprimento obrigatório a todos os magistrados brasileiros: a extinção progressiva e definitiva dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) (Gomes; Novaes, 2025, p. 3; Caetano; Tedesco, 2021, p. 192). Através deste ato normativo, o próprio órgão de cúpula administrativa da Justiça reconheceu oficialmente que tais instituições sempre consistiram em meros estabelecimentos prisionais que operavam à margem da humanidade, infligindo tratamentos cruéis, degradantes e violando reiteradamente as convenções internacionais de direitos humanos ratificadas pelo Estado brasileiro.

Com a entrada em vigor da Resolução 487/2023, a margem de atuação do juiz criminal e do juiz da vara de execução penal sofreu uma reconfiguração dogmática sem precedentes. Fica terminantemente vedada a determinação judicial de internação em instituições com características asilares. O magistrado tem agora a obrigação normativa inescusável de priorizar o tratamento ambulatorial em meio aberto (Gomes; Novaes, 2025, p. 3). Mesmo nas situações limites em que o juiz constatar a extrema necessidade de segregação, em virtude do risco agudo de violência à integridade física de terceiros ou do próprio indivíduo, a internação não será mais feita em estabelecimentos penais psiquiátricos, devendo ser determinada, com indicação médica, para ocorrer em leitos psiquiátricos de Hospitais Gerais civis e apenas pelo tempo estritamente necessário à estabilização do quadro de crise (Gomes; Novaes, 2025, p. 3). Após a estabilização, cabe ao juiz revisar a medida ininterruptamente para garantir a rápida e imediata desinternação do paciente judiciário.

A imposição abrupta dessa nova parametrização de atuação pelo CNJ, todavia, deflagrou uma intensa guerra institucional, corporativa e jurídica. Setores tradicionais da classe médica, capitaneados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), juntamente com membros reacionários do Ministério Público e associações representativas da sociedade civil, mobilizaram-se fortemente contra as determinações da Resolução (Gomes; Novaes, 2025, p. 3). O ápice desse tensionamento político em torno das balizas de poder da atuação judicial desaguou no Supremo Tribunal Federal (STF), com a propositura da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 1076 e diversas Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIs) (Gomes; Novaes, 2025, p. 3).

Os opositores à resolução sustentam que o CNJ, ao ordenar o fechamento sumário dos manicômios judiciários e proibir os juízes de proferirem sentenças de internação nesses locais, teria extrapolado descaradamente as suas funções administrativas constitucionais, invadindo a competência exclusiva do Congresso Nacional para legislar sobre Direito Penal e Processual Penal. Argumentam ainda que a imposição ao Judiciário de forçar a transferência imediata de inimputáveis (muitos deles com histórico de crimes hediondos e de altíssima periculosidade atestada) para o Sistema Único de Saúde (SUS) estaria criando um cenário caótico. A alegação é a de que a rede pública de saúde não possui a infraestrutura física de contenção necessária, tampouco preparo técnico das equipes, colocando em risco iminente a segurança pública e a integridade dos profissionais de saúde civis (Gomes; Novaes, 2025, p. 3). Em contrapartida, os defensores da resolução argumentam que a limitação da atuação judicial nesses moldes foi um imperativo de controle de convencionalidade, visando adequar tardiamente as práticas de encarceramento do Estado-juiz à Lei nº 10.216/2001.

Diante do exposto, constata-se que a atuação do Poder Judiciário vivencia um momento de intensa transição, saindo de um passado histórico de cumplicidade velada com a exclusão asilar para um presente de intensa disputa de narrativas e paradigmas. O magistrado penal contemporâneo encontra-se desautorizado a refugiar-se sob o laudo pericial para eximir-se da responsabilidade pela privação perpétua de liberdade alheia. A efetivação real dos direitos dos loucos infratores exige do juiz uma postura garantista e ativista na defesa dos direitos humanos. O Poder Judiciário não deve atuar apenas na dosimetria e na aplicação burocrática de sanções ou medidas de contenção, mas assumir o papel de indutor da intersetorialidade, constrangendo e exigindo do Poder Executivo a devida

estruturação da rede pública de saúde. Somente assim, a sanção imposta pelo juiz deixará de ser um sinônimo de abandono estatal e morte civil, consolidando-se como um verdadeiro vetor de reabilitação psicossocial.

4.3 A inefetividade das medidas de segurança como falha estrutural na função social do direito

A função social do direito transcende a simples regulação normativa das relações sociais na medida em que busca ativamente promover o bem comum e a dignidade humana, essa perspectiva axiológica (baseada em valores) impõe que os direitos individuais sejam respeitados e harmonizados com os interesses coletivos, visando à construção de uma sociedade livre, justa e solidária. Nesse contexto, o ser humano deve ser compreendido como um ente em constante superação, cuja existência possui um sentido de inovação e valoração. O direito, portanto, atua como uma ferramenta fundamental para a manutenção desse equilíbrio e harmonia social. Qualquer instituto jurídico que se afaste dessa promoção do desenvolvimento humano falha estruturalmente em sua essência (Silva, 2025, p. 1).

No entanto, ao se analisar a aplicação das medidas de segurança, percebe-se um nítido rompimento com essa finalidade. Historicamente, a medida de segurança foi construída como uma estratégia de controle que se apoia na noção de periculosidade (presunção de que o sujeito voltará a cometer atos ilícitos). Tal premissa afasta o indivíduo da sua condição de sujeito de direitos para tratá-lo como um objeto de intervenção punitiva e restritiva. O sistema consolida uma exclusão perpétua, contrariando os objetivos fundamentais da ordem democrática e a própria essência garantista e social da norma jurídica (Oliveira et al., 2022, p. 4555).

As justificativas legais para a manutenção dos manicômios judiciários, onde grande parte dessas medidas é executada, revelam-se frágeis e incompatíveis com a função social do direito moderno. A medida de segurança constitui um instituto ultrapassado, fundamentado em uma teoria de periculosidade que não encontra sintonia com a proteção constitucional da atualidade. A contradição se agrava ao se rotular essa medida como uma forma de tratamento, quando, na realidade, ela não visa curar uma enfermidade, mas sim fazer cessar uma presunção de risco baseada na parceria entre psiquiatria e direito. O resultado prático é a inefetividade

terapêutica e a violação da cidadania, configurando uma verdadeira e profunda falha estrutural (Barbosa-Fohrmann; Martins, 2021, p. 8). 1

Em vez de funcionar como um tratamento adequado, a aplicação detentiva das medidas de segurança leva frequentemente ao prolongamento e agravamento progressivo do transtorno mental, mesmo nos quadros clínicos originalmente menos graves, realidade degradante que é verificável no contato com instituições de custódia brasileiras. O absurdo manicomial elimina a singularidade existencial do indivíduo e a sua potência de vida em liberdade, desconsiderando a premissa absoluta de que a pessoa em sofrimento psíquico é, antes de tudo, um sujeito de direitos. A dignidade humana não pode ser relativizada sob o pretexto de defesa da sociedade, revelando o total colapso da função protetiva do direito perante essas populações (Barbosa-Fohrmann; Martins, 2021, p. 8).

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) representam a materialização física dessa falha estrutural sistêmica, pois, embora possuam a nomenclatura de hospitais, essas instituições são geridas primariamente pelos preceitos da segurança pública e integradas ao sistema penitenciário. A dicotomia entre as normativas de execução penal e as premissas do sistema de saúde cria um modelo gerido pela legislação criminal, carregado de contradições. Há uma participação substancialmente reduzida da rede pública de saúde, as desinternações são condicionadas a exames de periculosidade altamente subjetivos, e ocorrem internações perpétuas sem amparo clínico, resultando na perda irreversível de vínculos sociofamiliares (Oliveira et al., 2022, p. 4554).

O confinamento institucional imposto por essas medidas de caráter detentivo não promove o cuidado necessário, mas atua como um trágico catalisador da exclusão, resultando no que sociólogos denominam de morte social. Ocorre um rígido processo de seleção e classificação onde os indivíduos socialmente mortos são definitivamente ocultados da sociedade em instituições totais. Nesses espaços fechados, as pessoas lutam cotidianamente, e muitas vezes em vão, para construir ou manter sua identidade, pois são despojadas de qualquer papel ou função comunitária. A referida ocultação sistêmica decreta a inexistência civil do sujeito, comprovando que a norma jurídica fracassa integralmente em sua função integradora (Oliveira *et al.,* 2022, p. 4554).

A inefetividade da medida de segurança como instrumento terapêutico real é exacerbada pelo duplo estigma enfrentado impiedosamente por essa população vulnerável. Os indivíduos submetidos aos HCTPs são rotulados e marginalizados

simultaneamente pelo transtorno mental (sendo vistos estigmaticamente como loucos) e pelo ato infracional cometido (sendo julgados perpetuamente como criminosos). A sobreposição de estigmas em comento aprofunda a vulnerabilidade de um grupo que, em sua demografia prisional, já é marcado por iniquidades latentes. A função social do direito deveria atuar primordialmente para mitigar essas vulnerabilidades estruturais; contudo, o sistema de custódia psiquiátrica atual age na direção oposta, reproduzindo e amplificando a exclusão de forma avassaladora (Oliveira *et al.,* 2022, p. 4554).

Relatórios oficiais de inspeção nacional evidenciaram condições degradantes que desmascaram cruelmente a falácia do tratamento ofertado nos estabelecimentos de custódia. Constatou-se que pacientes são comumente submetidos a celas insalubres, carentes de ventilação adequada, com acúmulo de dejetos e ausência de assistência médica básica contínua. A intervenção farmacológica é utilizada massivamente como a principal e quase exclusiva estratégia de pseudo-cuidado, configurando uma rotina pautada pelo abandono institucional, essa medicalização desenfreada e a ausência sistêmica de Projetos Terapêuticos Singulares não servem a nenhum propósito reabilitador fático, prestando-se tão somente à completa destruição da dignidade inerente à pessoa humana (IBCCRIM, 2023, p. 3).

A permanência deliberada dessas instituições que violam direitos escancara um grave descompasso entre os avanços da legislação de saúde e as práticas da execução penal. Revela-se inaceitável que o Estado brasileiro ainda legitime e financie estabelecimentos que não integram plenamente o Sistema Único de Saúde e a respectiva rede de cuidados. A promessa oficial de tratamento se converte em falácia quando o paciente judiciário é privado do acesso aos serviços universais e submetido a internações prolongadas arbitrariamente pela pena cominada ao delito. Atribuir a magistrados a escolha da forma de tratamento psiquiátrico com base na infração penal carece de respaldo e racionalidade científica (IBCCRIM, 2023, p. 3).

A gravidade dessa falha estrutural no ordenamento jurídico atinge flagrantes contornos de tortura e abuso de autoridade institucionalizado, a legislação nacional já tipifica como tortura a submissão de pessoa em medida de segurança a sofrimento físico ou mental por meio de ato não previsto em lei, da mesma forma que o prolongamento injustificado da restrição configura crime. Executar medidas de segurança detentivas sob o atual formato excludente é uma prática deslegitimada, anacrônica e essencialmente ilegal. O fornecimento de tratamento psicossocial

digno constitui um direito incontestável, tornando a atual conjuntura punitivista uma afronta inaceitável à função social do direito (IBCCRIM, 2023, p. 4).

A insistência irredutível no modelo manicomial judiciário também representa um retrocesso frente aos significativos avanços humanistas conquistados na esfera cível da saúde mental. Enquanto consolidou-se um esforço coletivo para o fechamento de leitos asilares e a imperativa reorientação para tratamento na base comunitária, a população em conflito com a lei permaneceu negligenciada à margem dessa histórica reforma. Vários setores do sistema de justiça e da Administração Pública ainda demonstram considerável resistência em transpor os princípios antimanicomiais para a órbita penal, essa inércia institucional evidencia como a função social do direito é seletivamente descartada quando se trata de sujeitos estigmatizados (IBCCRIM, 2023, p. 3).

A profunda internalização de uma cultura de matiz punitivista afeta de modo deletério a interpretação dogmática e a aplicação das normas jurídicas vigentes. O país tem mantido uma deficiência regulatória em relação ao controle rigoroso dos prazos e critérios das internações compulsórias. Pesquisas censitárias comprovaram que um contingente expressivo de pessoas em cumprimento de medida de segurança estava custodiado há muito mais tempo do que o máximo da pena legalmente cominada para a infração cometida. Inúmeros indivíduos acabam tratados institucionalmente como esquecidos anônimos, desprovidos de planos de reabilitação, ilustrando o esvaziamento ético e o abandono perpetrado pelo ente estatal (IBCCRIM, 2023, p. 3).

É imperioso reconhecer que a ocorrência do crime não é um privilégio restrito aos indivíduos rotulados como anormais e que o ato ilícito nem sempre possui um nexo de causalidade inquestionável com a patologia. A presunção de predisposição biológica ou mental ao delito é uma falácia que serve apenas para mascarar determinantes sociais, falhas do Estado e vulnerabilidades inerentes a toda a sociedade. A medida de segurança fracassou em todos os seus objetivos declarados, visto que não impede reincidências e sistematicamente segrega pessoas do cuidado adequado. Ao utilizar a doença como mera justificativa para o encarceramento, o direito abdica por completo de sua vocação social (Oliveira et al., 2022, p. 4555).

A consolidação do direito humano e fundamental à saúde mental exige que a internação seja utilizada exclusivamente como uma tática excepcional de cuidado. Contrastando com esse preceito, observa-se a apropriação indevida da medida de

internação como uma modalidade travestida de privação arbitrária de liberdade. Há uma grande diferença entre a internação clínica rigorosamente justificada e o falso manto do cuidado que, no fundo, destina-se apenas a esconder e encarcerar o indesejável. Quando o sistema judicial banaliza a internação compulsória violando os paradigmas de saúde pública, ele corrompe as bases dos direitos humanos e esvazia o sentido protetivo da própria jurisdição (Correia; Pinto, 2023, p. 269).

Nesse contexto, a efetivação de políticas antimanicomiais pelo judiciário requer uma profunda mudança de paradigma epistemológico que substitua definitivamente a lógica do confinamento asilar por um modelo focado no cuidado em liberdade. Tornou-se tarefa fundamental a construção de fluxos intersetoriais de cooperação entre as esferas judiciais e os sistemas de saúde, garantindo a excepcionalidade absoluta das internações. Todo e qualquer tratamento imposto deve estar pautado em diagnóstico rigoroso e conduzido pelas equipes de saúde capacitadas, jamais orientado por ideologias estigmatizantes. Somente através dessa reestruturação radical das práticas será viável resgatar a legitimidade da intervenção estatal na vida desses cidadãos.

4.4 Desafios estruturais na implementação do PAILI e das medidas de segurança

A efetivação dos direitos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, materializada por intermédio de políticas públicas de base comunitária, defronta-se com um cenário complexo de resistências sistêmicas. O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), instituído formalmente no Estado de Goiás em outubro de 2006, desponta como uma iniciativa governamental pioneira destinada a transferir a execução das medidas de segurança do isolamento punitivo para a rede de saúde pública civil (Silva, 2010, p. 669). A própria gênese do programa evidencia a grandeza do passivo estrutural enfrentado pelo Estado brasileiro, considerando que a mobilização interinstitucional para a sua criação decorreu da identificação, no ano de 1996, de quase trinta homens com transtornos mentais severos abandonados à própria sorte no Centro Penitenciário Agroindustrial de Goiás (CEPAIGO). Tais indivíduos cumpriam medidas de segurança em alas prisionais comuns de forma flagrantemente ilegal, desprovidos de qualquer assistência psiquiátrica (Saddi et al., 2016, p. 144). Apesar de o PAILI ter invertido a

lógica manicomial e assegurado a inserção desses sujeitos no Sistema Único de Saúde (SUS), a consolidação diária do modelo psicossocial enfrenta muitos desafios estruturais, operacionais e culturais.

O primeiro grande obstáculo à plena implementação das medidas de segurança antimanicomiais reside na precariedade estrutural e na deficiência de recursos humanos inerentes à própria máquina pública. A operação do PAILI sustenta-se por meio do trabalho articulado de uma equipe multiprofissional, composta por médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e profissionais do direito, que atuam sob a figura do "técnico referente", o profissional responsável por coordenar a condução do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada paciente (Saddi et al., 2016, p. 147; Silva, 2010, p. 654). No entanto, o programa convive cronicamente com a escassez de profissionais para atender à totalidade das demandas oriundas das varas de execução penal de todo o estado. Somado a isso, há o desafio de lidar com a fragilidade dos vínculos empregatícios e a alta rotatividade nos contratos de trabalho dos profissionais do SUS, o que prejudica a continuidade e a criação de laços de confiança indispensáveis ao tratamento mental (Silva, 2010, p. 654).

Agrava-se o quadro ao constatar que o programa opera frequentemente em sua capacidade máxima, administrando um orçamento e um custo mensal *per capita* significativamente inferiores aos valores repassados historicamente para a manutenção de leitos em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) (Saddi *et al.,* 2016, p. 151). A ausência de um financiamento consistente especificamente para a política de atenção ao infrator em sofrimento mental inibe a ampliação de seu quadro funcional, restringindo seu potencial de alcance estadual.

Para além da capacidade interna da equipe do programa articulador, a barreira da integração com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) impõe desafios diários de alta complexidade. O PAILI não funciona como uma clínica isolada de execução de serviços ou um hospital fechado; ele atua fundamentalmente como um mediador e coordenador de cuidados que depende, de forma direta, da infraestrutura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das equipes de Atenção Primária em Saúde (estratégia de atendimento básico de saúde nos bairros) distribuídas pelos diversos municípios goianos (Esber; Diniz; Soares, 2021, p. 1-2). A literatura indica que as dificuldades estruturais para a absorção territorial dessa demanda judicializada passam pela sobrecarga extrema de trabalho das equipes municipais da Atenção Primária, pela carência de supervisão continuada em

saúde mental para casos de alta complexidade clínica e, de forma alarmante, pela indisponibilidade frequente de medicações psicotrópicas essenciais na rede básica de farmácias do SUS (Saddi et al., 2016, p. 148).

As deficiências no sistema estadual de Regulação (plataforma de marcação de vagas) para o agendamento de exames e consultas psiquiátricas especializadas obstam o atendimento rápido, configurando-se como um fator de risco estrutural que pode desencadear o agravamento do sofrimento mental e o retorno de episódios de crise aguda nos pacientes assistidos.

A materialidade da política antimanicomial no tratamento do louco infrator demanda, por sua natureza, o princípio da intersetorialidade (Silva, 2010, p. 655). A articulação conjunta entre diferentes setores da administração pública é apontada como um elemento vital para a consolidação de um SUS participativo e apto a combater as vulnerabilidades e os determinantes sociais que agravam a saúde do indivíduo. Tal dinâmica exige um diálogo desburocratizado entre o setor de Saúde, o Poder Judiciário, o Ministério Público, a Defensoria Pública e a rede de Assistência Social (Silva, 2010, p. 656). O desafio estrutural impõe-se pela enorme dificuldade governamental de estabelecer fluxos e protocolos compartilhados de informações entre organizações que possuem matrizes legais e lógicas operacionais tão díspares.

A inserção do paciente judiciário em programas fundamentais de transferência de renda, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), e o seu acompanhamento pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS e CREAS), dependem, na esmagadora maioria das vezes, do esforço individual, da insistência e das articulações interpessoais dos técnicos referentes do PAILI, em face da ausência crônica de fluxos administrativos automáticos e sistemas de dados interligados no âmbito do Estado (Saddi *et al*., 2016, p. 152-153).

Avançando para a esfera normativa e dogmática da execução, os profissionais que operacionalizam o PAILI enfrentam uma expressiva colisão legal no seu cotidiano entre o arcabouço humanista da Reforma Psiquiátrica e o modelo punitivo do sistema penal vigente. A Lei de Execução Penal (LEP) e o Código Penal pautam o cumprimento das medidas de segurança sob a justificativa da presunção de "periculosidade" atrelada à doença, exigindo o cumprimento de períodos mínimos de tratamento coercitivo e a realização de exames de cessação de periculosidade baseados num diagnóstico criminológico inflexível (Macedo, 2021, p. 84). Em contrapartida, a Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica) determina

categoricamente que o tratamento deve ter foco estrito na utilidade terapêutica e na desinternação progressiva imediata, vedando qualquer intervenção asilar prolongada que não possua sólida fundamentação clínica (Macedo, 2021, p. 84).

Referida incompatibilidade legislativa sujeita os profissionais da saúde ao desafio de atuar num verdadeiro "campo minado" institucional, considerando que, enquanto a lógica médica interdisciplinar avalia o paciente, atesta a sua estabilização e aponta para a necessidade premente de alta ambulatorial e convivência comunitária, o tempo processual e a lógica judiciária frequentemente travam o processo emancipatório. O sistema de justiça penal tem o costume de cobrar perícias de impossível previsibilidade absoluta sobre o comportamento humano futuro, mantendo o indivíduo vinculado ao sistema de controle estatal por anos a fio, mesmo quando a equipe técnica atesta que a manutenção da sanção já não exerce qualquer benefício à saúde do sujeito.

A tensão dogmática entre as instituições é fortemente catalisada pelo desafio atitudinal da sociedade e das próprias corporações, materializado pelo estigma e o preconceito. A desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental que comete delitos esbarra violentamente na produção de discursos de exclusão calcados no medo social e na ignorância clínica. O chamado "louco infrator" é qualificado por uma sobrecarga identitária negativa, sofrendo o que a literatura denomina de "duplo estigma", pois ele absorve, simultaneamente, o preconceito histórico atrelado à doença psíquica e a marca depreciativa e irredimível do criminoso comum (Silva; Abreu, 2024, p. 22-23).

As barreiras estigmatizantes, surpreendentemente, não provêm apenas da sociedade leiga e desinformada, incidindo de maneira profunda no meio jurídico e na própria rede pública de saúde. Observa-se que diversas equipes municipais do SUS frequentemente apresentam forte resistência, corporativismo ou temor em acolher nas unidades básicas um indivíduo com antecedente criminal violento. Tal recusa ou má vontade denota o desconhecimento aprofundado sobre o caráter estritamente clínico, terapêutico e não punitivo da medida de segurança (Saddi *et al.,* 2016, p. 149; Silva; Abreu, 2024, p. 25). Superar esse mecanismo de exclusão interna exige das coordenações do PAILI a promoção contínua e incansável de capacitações e processos de conscientização *in loco*, dialogando com prefeitos, secretários de saúde e enfermeiros em cada município em que um paciente adquire o direito de retornar a residir.

A mídia e os meios de comunicação de massa atuam de forma incisiva e deletéria na perpetuação desse desafio estrutural. A literatura enfatiza que, nas raras ocasiões em que uma pessoa portadora de transtorno mental egresso de medida de segurança reincide no cometimento de algum delito, a importância, a gravidade e o alcance do ato são desproporcionalmente inflados por um tratamento midiático de cunho sensacionalista (Saddi *et al.,* 2016, p. 150). Ao focar excessiva e exclusivamente no evento de falha, omitindo os milhares de casos de estabilização, a mídia reaviva a noção fantasiosa de periculosidade letal incontrolável, inflamando a sociedade e produzindo uma retórica punitivista de ataque direto às conquistas da desospitalização do SUS (Saddi *et al.,* 2016, p. 150).

Tal pressão midiática eleva o rigor conservador dos juízes criminais na decretação de novas internações asilares, ignorando as evidências científicas. Para contrapor esse discurso difuso do medo com evidências empíricas concretas, as métricas e avaliações de monitoramento do próprio PAILI atestam índices de reincidência infracional muito baixos entre os seus assistidos (situando-se na faixa de apenas 5%). Trata-se de uma taxa de sucesso extraordinária e reveladora se comparada às taxas alarmantes de reincidência criminal do sistema penitenciário tradicional brasileiro, as quais situam-se, no mínimo, acima dos 33% (Martins; Souza, 2025, p. 3; Esber; Diniz; Soares, 2021, p. 4).

Do ponto de vista estritamente clínico-criminológico, a vulnerabilidade psicossocial inerente a essa população representa uma barreira de complexa superação para o arranjo de cuidados ambulatoriais. Pesquisas detalhadas que mapearam o perfil epidemiológico dos usuários do PAILI demonstram que a maioria expressiva dos encaminhamentos judiciais envolve indivíduos diagnosticados com quadros graves de esquizofrenia e outros transtornos psicóticos (representando cerca de 53,3% dos pacientes). Os referidos quadros psiquiátricos complexos encontram-se frequentemente associados ao envolvimento preexistente e abusivo com álcool e drogas ilícitas no momento do cometimento do crime (Esber; Diniz; Soares, 2021, p. 4). Essa comorbidade simultânea (conhecida na clínica como diagnóstico duplo) exige uma rede substitutiva de alta complexidade em saúde mental, com acesso ininterrupto a políticas de redução de danos e acompanhamento intensivo (Esber; Diniz; Soares, 2021, p. 4). Tratar de um indivíduo cuja crise delitiva inicial entrelaçou a suspensão grave da cognição psiquiátrica com a drogadição aguda, tudo isso em ambientes de extrema escassez econômica e exclusão periférica, torna o desenho do Projeto Terapêutico Singular um exercício

extremamente desafiador, sobrecarregando ainda mais o arranjo de cuidado ambulatorial estadual.

Paralelamente à intrincada condição clínica e toxicológica, observa-se como desafio monumental o grave rompimento dos liames sociofamiliares desses sujeitos. A essência do tratamento em meio aberto, amparado pela Lei nº 10.216/2001, baseia-se prioritariamente na reintegração do paciente à sua família biológica ou afetiva e à sua comunidade de origem (Silva; Abreu, 2024, p. 25). Entretanto, a realidade processual mostra que longos períodos de internação prévia nos precários HCTPs — que muitas vezes superam décadas —, atrelados ao profundo choque causado na comunidade pela natureza violenta de alguns delitos (como homicídios intrafamiliares, lesões graves ou agressões sexuais), provocam a falência estrutural e irreversível da rede de apoio natural do indivíduo (Esber; Diniz; Soares, 2021, p. 4). Em diversas situações, ao se obter judicialmente a cessação da periculosidade ou o direito constitucional à progressão para o tratamento ambulatorial, a equipe técnica constata que o usuário não possui absolutamente nenhum familiar vivo ou disposto a acolhê-lo, tampouco um lar de referência para retornar. O enfrentamento direto deste gargalo estrutural dramático depende, sem alternativas, da viabilização de vagas nos chamados Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) (casas inseridas no espaço urbano destinadas a moradores egressos de internações psiquiátricas de longa permanência) e da implementação rigorosa do pagamento do auxílio financeiro federal previsto no Programa De Volta para Casa. Tais dispositivos e benefícios são pilares fundamentais da cidadania, cujo provimento e ampliação têm sido historicamente negligenciados nas dotações orçamentárias de diversas prefeituras e governos estaduais (Silva, 2010, p. 659; Saddi et al., 2016, p. 152).

A resolução estrutural e de longo prazo de todos esses impasses práticos perpassa, de forma irrefreável, pela vulnerabilidade política e de liderança enfrentada pelo próprio programa antimanicomial. O surgimento, o desenvolvimento e a sustentação do PAILI na complexa engrenagem administrativa não ocorreram como o desdobramento natural de uma pauta prioritária de governo de estado, pacificamente aceita pela burocracia. Ao revés, dependeram e ainda dependem de intensas negociações institucionais capitaneadas por figuras singulares do aparelho estatal, destacando-se promotores de justiça sensíveis à causa antimanicomial, defensores dos direitos humanos, conselheiros regionais de Psicologia e gestores da saúde pública (Saddi *et al*., 2016, p. 150-151).

A literatura alerta que a manutenção do programa na agenda governamental deve-se, em grande medida, à resiliência e insistência pessoal dessas lideranças fundadoras. A ausência de uma institucionalização político-administrativa plena, legalmente vinculante, que torne o programa imune a intempéries e alternâncias político-partidárias de poder, caracteriza um desafio de sobrevivência a longo prazo. Sem uma priorização orçamentária legal que se reflita no *status* inegociável de política pública de Estado contínua, o trabalho emancipatório corre o risco de sucumbir ao desfinanciamento silencioso e ao desmonte burocrático (Saddi *et al*., 2016, p. 151).

Nesta seara de análise teórica e institucional, a superação das engrenagens do que a sociologia chama de "instituições totais", do "poder disciplinar" e da fabricação de "corpos dóceis", nos célebres termos desenvolvidos pelos pensadores Michel Foucault e Erving Goffman, materializa-se de forma árdua pelo trabalho obstinado dos técnicos de saúde. Enquanto as instituições de custódia asilares tradicionais operam para suprimir as particularidades do sujeito, promover a objetificação do humano e impor uma rotinização cronometrada da vida para anular qualquer vestígio de autonomia e subjetividade (Macedo, 2021, p. 106-107), a inserção psicossocial defende a singularidade.

Ao oferecer tratamento no espaço urbano através dos CAPS, das praças e da vida em sociedade, e não entre os muros segregacionistas e violentos de prisões disfarçadas de hospitais, o PAILI afronta o arcaico paradigma disciplinar do biopoder, que ditava, ao longo da história, a eliminação simbólica do doente mental e o seu alijamento do contrato social em prol de uma suposta e cruel higienização coletiva do tecido comunitário (Macedo, 2021, p. 111-112).

Em suma, a transição imperativa do encarceramento perpétuo no formato medieval dos HCTPs para um modelo pautado irrestritamente no princípio da saúde comunitária revela-se uma arena repleta de atritos jurídicos, tensões administrativas e dilemas éticos profundos (Coscrato, 2021, p. 2-3). Os desafios estruturais na implementação do PAILI e das novas medidas de segurança expõem a urgência inadiável de uma verdadeira intersetorialidade, de repasses orçamentários justos e compatíveis com a dignidade humana, da desmistificação atitudinal operada na imprensa e do amparo social contínuo às famílias e indivíduos vulneráveis.

Ao desarticular fisicamente o manicômio de cimento e grades, o Estado democrático de direito depara-se, agora, com o desafio ainda mais complexo de implodir o manicômio invisível, ou seja, aquele instaurado nas normas de um

sistema de justiça penal ultrapassado, ancorado na ideologia da segregação, e cristalizado na mentalidade de uma rede de assistência social e de uma sociedade que precisam reaprender a conviver com as diferenças.

4.5 Perspectivas para o aprimoramento das políticas públicas e da garantia da dignidade da pessoa humana

A transição de um modelo punitivo e segregador para um sistema fundamentado no cuidado em liberdade constitui o horizonte ético, normativo e civilizatório da atenção ao indivíduo com transtorno mental em conflito com a lei. As perspectivas para o aprimoramento das políticas públicas voltadas a esse público vulnerável exigem, primordialmente, a consolidação de diretrizes práticas que superem a histórica lógica da exclusão e materializem, no cotidiano forense e médico, os ditames da Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica). Para que a dignidade da pessoa humana deixe de ser uma mera abstração teórica do texto constitucional e se converta em realidade material palpável no âmbito da execução penal, é necessário a adoção de novos instrumentos de avaliação clínica, a expansão do financiamento de programas federais de articulação intersetorial e o fortalecimento estratégico de instituições de defesa de direitos, visando à completa desinstitucionalização (Correia, 2007, p. 25).

No campo estritamente clínico-criminológico, a principal perspectiva de aprimoramento das engrenagens do Estado reside na urgência de superação do ultrapassado conceito de "periculosidade" atrelado, de forma presumida, à doença mental. O sistema penal brasileiro, historicamente amparado no Código Penal de 1940, exige a realização periódica do Exame de Verificação de Cessação da Periculosidade (EVCP) para autorizar a desinternação ou a progressão de regime do sujeito. Contudo, a literatura especializada aponta, com veemência, que o EVCP padece de severas falhas epistemológicas e práticas. O exame exige que o perito médico psiquiatra realize um juízo subjetivo e quase divinatório sobre o comportamento futuro do indivíduo, tentando prever se ele voltará ou não a delinquir (Costa *et al*., 2018, p. 325). A metodologia tradicional em comento resulta, na esmagadora maioria das vezes, na produção de laudos conservadores e defensivos, que perpetuam a manutenção do sujeito no interior de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) pelo simples receio social e profissional do médico,

violando frontalmente o direito fundamental à saúde, à proporcionalidade e à liberdade.

Como uma perspectiva alternativa concreta, cientificamente embasada e internacionalmente validada a esse modelo falido, a doutrina propõe a implementação, em âmbito nacional, de protocolos estruturados de avaliação de risco de violência. O grande destaque metodológico nesse cenário é o instrumento canadense denominado HCR-20 (do inglês *Historical, Clinical, Risk Management-20*) (Costa *et al.,* 2018, p. 328). Diferentemente do tradicional exame de periculosidade, que busca atestar uma suposta "cura" inatingível ou prever a criminalidade com precisão absoluta, o HCR-20 configura-se como uma ferramenta de gestão contínua de riscos, fundamentada em evidências empíricas.

O protocolo analisa vinte fatores específicos divididos em três eixos centrais, que compreendem variáveis históricas (o passado do indivíduo, histórico de violências e traumas prévios), variáveis clínicas (o estado mental atual, a presença de sintomas ativos e o nível de discernimento), e variáveis de gestão de risco (as condições concretas de suporte social, a viabilidade de moradia e a probabilidade de adesão a tratamentos medicamentosos no futuro) (Costa et al., 2018, p. 330). A adoção sistemática desse modelo substitui a irracional lógica da "segregação preventiva" pela lógica do "cuidado planejado". Ao invés de o Estado perguntar "este indivíduo é perigoso?", passa a perguntar "quais medidas de suporte o Estado precisa fornecer para que este indivíduo viva em sociedade com risco minimizado?". A mudança de paradigma fornece aos profissionais de saúde e ao sistema de justiça dados concretos para estruturar a soltura do paciente com segurança, focando na mitigação de vulnerabilidades sociais, e não na punição perpétua.

Paralelamente à necessária inovação nas avaliações periciais, o avanço e o aprimoramento das políticas públicas dependem muito da consolidação governamental e da expansão orçamentária da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Instituída legalmente em 2014, a PNAISP representou um divisor de águas normativo ao transferir a responsabilidade direta pela saúde dentro do cárcere, que antes ficava a cargo exclusivo e isolado das secretarias de segurança pública ou de administração penitenciária, para a alçada do Sistema Único de Saúde (SUS) (Soares Filho; Bueno, 2016, p. 2103). No tocante específico aos loucos infratores e aos indivíduos submetidos a medidas de segurança, a grande perspectiva de mudança estrutural trazida pela PNAISP é a criação e o financiamento regular das

Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAPP) (Soares Filho; Bueno, 2016, p. 2105).

As EAPPs funcionam, na prática, como a "ponte" institucional indispensável entre a rigidez punitiva do sistema de justiça criminal e a rede pública de saúde assistencial. Em vez de permitir que o indivíduo sentenciado seja automaticamente remetido a um manicômio judiciário (HCTP), essas equipes multiprofissionais (compostas por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros) têm a missão legal de intervir precocemente, avaliando o sujeito ainda na fase de audiência de custódia ou logo após a sentença, conectando o paciente judiciário imediatamente à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de seu município de origem (Soares Filho; Bueno, 2016, p. 2105).

O aprimoramento efetivo dessa política pública exige que os estados e os municípios brasileiros passem a utilizar de forma ampla orepasse de verbas federais para a habilitação de novas EAPPs, garantindo que nenhum juízo criminal no país atue desprovido de uma equipe de saúde de referência que possa direcionar, de maneira segura, o cumprimento da medida de segurança para o meio aberto. Isso viabiliza a utilização primária dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das Unidades Básicas de Saúde, esvaziando a demanda por leitos de internação asilar (Cortez; Souza; Oliveira, 2018, p. 4).

A garantia da efetividade do direito fundamental à saúde mental na execução da medida de segurança exige, como corolário lógico, a adoção irrestrita da Política Territorial de Reabilitação Psicossocial, essa perspectiva metodológica refuta veementemente o enclausuramento como ferramenta de tratamento, partindo da premissa científica e sociológica de que a verdadeira reabilitação só ocorre no território, isto é, na comunidade, na rua, no bairro em que o indivíduo reside, constrói suas relações afetivas, sofre suas influências e forja a sua identidade (Silva *et al.,* 2020, p. 440). Para viabilizar esse acompanhamento em liberdade de forma responsável, sem negligenciar o suporte clínico intensivo que muitos transtornos severos exigem, o instrumento central a ser universalizado pelas políticas públicas é o Projeto Terapêutico Singular (PTS) (Silva *et al.,* 2020, p. 450; Oliveira; Boiteux, 2018, p. 580).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) transcende a mera prescrição ambulatorial de medicamentos psiquiátricos padronizados, trata-se de um conjunto articulado de ações desenhadas de forma individualizada para cada paciente,

construído coletivamente por uma equipe interdisciplinar em conjunto com o próprio indivíduo, respeitando sua vontade, e com a sua família (Cortez; Souza; Oliveira, 2018, p. 6). O aprimoramento da execução penal por meio do PTS significa mapear e atacar as vulnerabilidades reais do sujeito, desde a necessidade de emissão de documentos básicos e a inclusão em programas governamentais de geração de renda, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), até o resgate minucioso dos vínculos familiares rompidos e a inserção em atividades culturais, de esporte e de lazer no seu território (Silva et al., 2020, p. 452).

Ao estruturar a medida de segurança estritamente com base no PTS, o Estado cumpre a dupla função exigida pela Constituição, que compreende acompanha clinicamente o infrator de forma rigorosa e reparar os danos históricos de sua exclusão social. Entretanto, para que os egressos do sistema penal psiquiátrico não fiquem completamente desamparados após anos, ou até décadas, de institucionalização forçada, as perspectivas de aprimoramento impõem a urgência inadiável na ampliação estrutural dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) (Cortez; Souza; Oliveira, 2018, p. 8).

Muitos loucos infratores submetidos a longas internações perderam absolutamente todos os seus laços familiares, seja pelo falecimento de parentes, seja pela rejeição decorrente do estigma do crime cometido, o que torna materialmente impossível o retorno ao antigo domicílio. As residências terapêuticas configuram-se como casas comuns, inseridas no espaço urbano regular (sem placas ou características de hospitais), mantidas pelo poder público, que servem de moradia digna e definitiva para essas pessoas, proporcionando a convivência comunitária diária mediada pelo auxílio de cuidadores plantonistas (Soares Filho; Bueno, 2016, p. 2106).

O sucesso das políticas antimanicomiais e do desencarceramento está, portanto, diretamente atrelado ao compromisso dos governos municipais e estaduais de financiar novos SRTs e de expandir o alcance do "Programa De Volta para Casa". Este programa federal atua de forma complementar, fornecendo um auxílio financeiro direto de reabilitação psicossocial ao egresso de longas internações, garantindo-lhe um mínimo de autonomia financeira para a reconstrução de sua vida civil.

No cenário da articulação e da provocação institucional, as perspectivas futuras demonstram que a desconstrução definitiva dos manicômios judiciários depende não apenas da boa vontade ou da iniciativa espontânea do Poder

Executivo, mas fundamentalmente da atuação enérgica, fiscalizatória e estratégica das instituições constitucionais de defesa de direitos, com notório e indispensável destaque para a Defensoria Pública. A literatura revela que esta instituição assumiu, nos últimos anos, um protagonismo importante na linha de frente da luta antimanicomial. A instituição passou a mirar cirurgicamente na estrutura do manicômio judiciário, utilizando seu peso institucional para forçar a produção sistêmica de fluxos de desencarceramento (Oliveira; Boiteux, 2018, p. 575).

Através da criação de núcleos especializados e dedicados exclusivamente ao sistema penitenciário (como os NUDES - Núcleos de Defesa dos Direitos Humanos), a Defensoria transcendeu a atuação reativa, passando a atuar não apenas na defesa penal individualizada em audiências isoladas, mas na tutela coletiva de direitos humanos, auditando *in loco* as condições frequentemente degradantes e insalubres dos HCTPs, e exigindo do Estado a formulação de planos de saída individualizados para cada pessoa internada irregularmente (Oliveira; Boiteux, 2018, p. 585).

A aludida atuação institucional mobilizadora, perfeitamente exemplificada por arranjos desenvolvidos no estado do Rio de Janeiro diante de instituições nefastas como o Hospital de Custódia Heitor Carrilho e o Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros, demonstra que a integração profunda entre a Defensoria Pública, os movimentos sociais antimanicomiais e os profissionais da rede de saúde pode romper a paralisia do judiciário. Ao impetrar Ações Civis Públicas (ACPs), ingressar com *habeas corpus* coletivos para populações inteiras de alas psiquiátricas e realizar inspeções surpresas documentadas, os defensores públicos constrangem legal e midiaticamente as secretarias de administração penitenciária e de saúde, obrigando judicialmente o Executivo a cumprir a Lei da Reforma Psiquiátrica, forçando a construção de novas residências terapêuticas para receber os pacientes que habitam os hospitais de custódia (Oliveira; Boiteux, 2018, p. 590). O aprimoramento da proteção jurídica ao louco infrator passará, assim, pela replicação desse modelo de atuação defensorial proativa e incisiva em defesa dos direitos em todas as unidades da federação.

Ademais, expandindo o escopo de análise para as políticas internas do sistema prisional brasileiro comum, que atualmente abriga um contingente populacional superlotado e em condições análogas à tortura, as perspectivas de garantia da dignidade da pessoa humana demandam o enfrentamento urgente da crise de subnotificação e do abandono clínico de presos provisórios e condenados

convencionais que desenvolvem grave sofrimento mental atrás das grades (Feitosa; Sousa, 2023, p. 1). O aprisionamento em massa, somado a condições insalubres, ociosidade extrema, separação abrupta da família e violências sistemáticas, atua como um potente vetor produtor de adoecimento psíquico severo. O Estado, contraditoriamente, falha em diagnosticar a loucura que ele mesmo ajuda a fabricar no interior das prisões comuns.

As políticas públicas devem, portanto, voltar-se não apenas para os estabelecimentos psiquiátricos oficiais, mas prever capacitações contínuas, rigorosas e obrigatórias aos policiais penais e agentes de segurança pública que atuam nas penitenciárias de segurança máxima e nos presídios estaduais. O objetivo é a identificação precoce de quadros de sofrimento mental, evitando que surtos psicóticos, crises de ansiedade aguda ou depressões profundas sejam interpretados e punidos administrativamente como meros atos de indisciplina, frequentemente sancionados com o isolamento em celas solitárias, o que agrava a patologia de forma irreversível (Feitosa; Sousa, 2023, p. 2).

Em síntese, constata-se que as perspectivas para o aprimoramento contínuo da atenção aos loucos infratores no Brasil convergem para a inadiável superação da cultura do medo, do punitivismo e do isolamento, em favor da consolidação de uma cultura pautada na garantia dos direitos humanos fundamentais e na presunção de liberdade (Correia, 2007, p. 30). O árduo caminho para assegurar a dignidade dessas pessoas requer o desmantelamento total das engrenagens asilares remanescentes e a fortificação administrativa e financeira dos dispositivos comunitários substitutivos da RAPS.

Seja pela ousadia técnica na substituição do falido exame de periculosidade pela avaliação estruturada e prospectiva de risco (como o método HCR-20), seja pelo fomento incondicional às EAPPs como articuladoras do cuidado em liberdade sob a égide protetiva do SUS e da assistência social, a política penal de execução deve render-se, em definitivo, ao postulado do cuidado terapêutico laico e científico (Soares Filho; Bueno, 2016, p. 2108). O Estado brasileiro, ao aceitar promover a reinserção social real por intermédio do Projeto Terapêutico Singular e ao garantir o direito inalienável à moradia pelas residências terapêuticas, deixará gradativamente de lado a sua face puramente punitiva (que apenas intensifica o adoecimento e perpetua a violência), para finalmente assumir a sua vocação e responsabilidade constitucional máxima, de promover a saúde pública integral, a cidadania e o desenvolvimento humano de todos os seus cidadãos, sem distinções ou exclusões.

5 METODOLOGIA

O presente estudo possui natureza qualitativa, com abordagem exploratória e descritiva, desenvolvida por meio de pesquisa bibliográfica e documental. A opção metodológica qualitativa justifica-se pela complexidade do objeto investigado, que envolve a interseção entre normas jurídicas, práticas institucionais, saberes psiquiátricos e experiências de sujeitos em situação de vulnerabilidade, dimensões que não se traduzem adequadamente em dados quantitativos, mas exigem análise interpretativa e contextualizada.

A pesquisa bibliográfica abrange doutrina jurídica, artigos científicos das áreas de Direito, saúde mental, criminologia crítica, psicologia e política pública, com ênfase em obras que discutem o princípio da dignidade da pessoa humana, a Reforma Psiquiátrica brasileira, as medidas de segurança e os modelos alternativos de atenção ao louco infrator. A pesquisa documental compreende legislação federal (em especial o Código Penal, a Lei de Execução Penal e a Lei n.º 10.216/2001), resoluções do Conselho Nacional de Justiça (com destaque para a Resolução n.º 487/2023), convenções internacionais de direitos humanos, atos normativos do Ministério da Saúde e relatórios e documentos institucionais do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI).

No que diz respeito aos critérios de seleção das fontes, adotaram-se os seguintes parâmetros orientadores: (a) pertinência temática, sendo incluídas apenas obras e documentos diretamente relacionados ao objeto do estudo, compreendendo dignidade da pessoa humana, medidas de segurança, saúde mental, desinstitucionalização, políticas públicas antimanicomiais e direitos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei; (b) atualidade, com preferência por produções publicadas a partir do ano de 2010, sem prejuízo da utilização de fontes seminais anteriores, imprescindíveis para a compreensão histórica do tema; (c) credibilidade e procedência acadêmica ou institucional, sendo privilegiadas obras doutrinárias reconhecidas, artigos publicados em periódicos científicos revisados por pares, dissertações e teses de programas de pós-graduação *stricto sensu*, além de documentos oficiais emanados de órgãos públicos e entidades de pesquisa; (d) diversidade disciplinar, buscando contemplar perspectivas do Direito Penal, do Direito Constitucional, da saúde coletiva, da sociologia e da criminologia crítica, de

modo a garantir a abordagem interdisciplinar que o tema impõe; e (e) disponibilidade e verificabilidade, com exclusão de fontes não identificadas, não datadas ou sem procedência comprovável.

O trabalho também se vale de dado empírico secundário para sustentar a análise comparativa desenvolvida no Capítulo 3. Entende-se por dado empírico secundário, neste estudo, o conjunto de informações produzidas por pesquisas de campo, censos institucionais, laudos periciais e inspeções realizadas por terceiros, cujos resultados se encontram disponíveis em publicações científicas ou relatórios oficiais e são aqui utilizados de forma analítica e interpretativa. Três conjuntos de dados empíricos secundários ocupam papel central nessa análise.

O primeiro conjunto refere-se ao estudo censitário realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de Santa Catarina (HCTP/SC), que analisou laudos periciais confeccionados entre 2020 e 2022 (Lema *et al.,* 2025). Esse levantamento fornece dados demográficos e clínicos precisos sobre os internados - incluindo perfil de sexo, escolaridade, estado civil, diagnósticos prevalentes e fatores associados à obtenção de laudo de cessação de periculosidade - que permitem caracterizar empiricamente a população submetida à custódia psiquiátrica no Brasil e identificar as condicionantes que perpetuam ou encerram a internação.

O segundo conjunto é formado pelos dados relativos ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de Sergipe (HCTP/SE), produzidos a partir de inspeções institucionais realizadas pelo Conselho Federal de Psicologia e sistematizados por Silva e Santos (2020). Tal material documenta as condições concretas de funcionamento da instituição, englobando sua orientação eminentemente prisional, a ausência de projeto terapêutico e a preponderância da lógica de contenção sobre o cuidado clínico, e serve de contraponto empírico ao modelo proposto pelo PAILI.

O terceiro conjunto é composto pelos levantamentos e pesquisas específicas sobre o próprio PAILI, especialmente o mapeamento do perfil dos usuários do programa entre 2006 e 2014 (Esber; Diniz; Soares, 2021), o estudo de Saddi *et al.* (2016) sobre a trajetória e os desafios do programa, e os relatos sistematizados por Silva (2010) acerca de sua organização e dinâmica, dados que permitem descrever o funcionamento do PAILI, identificar o perfil da população atendida, mensurar resultados como as taxas de reincidência e de cessação de periculosidade, e contrastar esse modelo com os dados dos HCTPs de Santa Catarina e Sergipe.

A utilização desses dados empíricos secundários não implica a realização de pesquisa de campo pelo autor, mas a análise crítica e comparativa de evidências já produzidas e publicadas, procedimento reconhecido como legítimo e adequado às pesquisas qualitativas de natureza documental e bibliográfica no campo do Direito. A triangulação entre esses diferentes conjuntos de dados, oriundos de contextos institucionais distintos e de metodologias diversas, confere maior solidez à análise comparativa empreendida no Capítulo 3 e sustenta as conclusões acerca das racionalidades em disputa na execução das medidas de segurança no Brasil.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como finalidade analisar a aplicação do princípio da dignidade da pessoa humana nas medidas de segurança destinadas às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, com especial enfoque na atuação do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI). Ao longo do trabalho, buscou-se compreender de que forma a resposta estatal dirigida ao chamado louco infrator foi historicamente construída, quais são os fundamentos jurídicos e sociais que sustentaram a institucionalização manicomial e em que medida o PAILI representa uma alternativa concreta ao modelo custodial tradicional.

A investigação permitiu constatar que a relação entre loucura, exclusão social e sistema penal não é resultado de uma condição natural ou meramente clínica, mas de um longo processo histórico de produção de estigmas. A pessoa em sofrimento psíquico foi, por séculos, interpretada como perigosa, incapaz, improdutiva ou inadequada ao convívio social, o que autorizou práticas de afastamento, confinamento e silenciamento. O modelo manicomial, nesse contexto, consolidou-se como instrumento de controle social, frequentemente justificado por discursos médicos, jurídicos e morais que, sob a aparência de cuidado, legitimaram a segregação de indivíduos considerados desviantes.

No campo penal, essa lógica mostrou-se ainda mais gravosa, tendo em vista que a associação entre transtorno mental e criminalidade contribuiu para a formação de uma resposta jurídica fundada na ideia de periculosidade. Assim, a pessoa inimputável ou semi-imputável passou a ser submetida às medidas de segurança não apenas em razão do fato praticado, mas principalmente em razão de uma expectativa futura de perigo. Tal perspectiva deslocou o centro da análise do ato

para a identidade do sujeito, permitindo que a intervenção estatal se prolongasse com base em avaliações muitas vezes subjetivas, incertas e marcadas por forte carga estigmatizante.

Verificou-se que as medidas de segurança, embora formalmente apresentadas como mecanismos terapêuticos e preventivos, foram historicamente executadas de modo semelhante à pena privativa de liberdade, especialmente quando cumpridas em manicômios judiciários ou Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Essas instituições reproduziram características próprias de espaços prisionais e asilares, como isolamento, disciplina rígida, rompimento de vínculos familiares, perda da autonomia e apagamento da subjetividade. Dessa forma, a promessa de tratamento frequentemente cedeu lugar à lógica da contenção, fazendo com que a medida de segurança se convertesse em instrumento de exclusão prolongada.

Nesse cenário, o princípio da dignidade da pessoa humana revela-se como eixo indispensável para a crítica e a reconstrução das medidas de segurança. Enquanto fundamento do Estado Democrático de Direito, a dignidade humana impõe limites à atuação estatal e exige que toda intervenção sobre a liberdade, a saúde e a vida do indivíduo esteja comprometida com a preservação de sua condição de sujeito de direitos. A pessoa com transtorno mental em conflito com a lei não perde sua humanidade em razão do sofrimento psíquico ou da prática de um fato penalmente relevante. Ao contrário, sua condição de vulnerabilidade reforça o dever estatal de proteção, cuidado e promoção de direitos fundamentais.

A partir dessa compreensão, foi possível confirmar a hipótese de que a efetivação da dignidade da pessoa humana nas medidas de segurança ainda enfrenta obstáculos significativos, que não se limitam à ausência de previsão normativa, pois o ordenamento jurídico brasileiro já dispõe de fundamentos constitucionais, legais e político-institucionais voltados à proteção da pessoa em sofrimento mental. O problema central encontra-se na distância entre o reconhecimento formal desses direitos e sua concretização prática. Persistem dificuldades estruturais, culturais e institucionais que impedem a plena substituição da lógica manicomial por um modelo efetivamente humanizado.

Embora a Reforma Psiquiátrica tenha promovido importante deslocamento do tratamento em saúde mental para o cuidado em liberdade, o sistema penal ainda conserva categorias e práticas baseadas na suspeita permanente em relação ao sujeito considerado louco infrator. A exigência de exames de cessação de

periculosidade, a dificuldade de desinternação e a resistência à adoção de formas alternativas de acompanhamento revelam que o Direito Penal ainda opera, em muitos casos, a partir do medo social da loucura e da crença na necessidade de neutralização do indivíduo.

Também restou evidenciado que a Reforma Psiquiátrica brasileira representou avanço essencial na superação do paradigma asilar, sobretudo ao afirmar a excepcionalidade da internação e a prioridade do tratamento em serviços comunitários. A Lei nº 10.216/2001 consolidou um marco jurídico importante ao reconhecer direitos às pessoas com transtornos mentais e ao redirecionar o modelo assistencial para a Rede de Atenção Psicossocial. Contudo, sua incidência no campo penal não ocorreu de maneira automática. Os manicômios judiciários e os Hospitais de Custódia permaneceram, por longo período, como espaços de resistência ao projeto antimanicomial, demonstrando que a mudança legislativa, embora indispensável, não é suficiente para alterar práticas institucionais profundamente enraizadas.

Nesse ponto, a atuação do PAILI mostrou-se especialmente relevante, ao propor o acompanhamento da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei em meio aberto e em articulação com a rede pública de saúde, passa a apresentar uma alternativa concreta à lógica custodial, sua importância não reside apenas na substituição física do hospital de custódia, mas na alteração da racionalidade que orienta a execução da medida de segurança. Em vez de tratar o indivíduo como objeto de contenção, o PAILI busca reconhecê-lo como sujeito que necessita de cuidado, acompanhamento, responsabilização possível, reconstrução de vínculos e reinserção social.

A análise do programa permitiu confirmar a hipótese de que o PAILI representa um avanço relevante na humanização das medidas de segurança, pois sua proposta aproxima a execução dessas medidas dos princípios da dignidade da pessoa humana, da integralidade do cuidado, da intersetorialidade e da excepcionalidade da internação. Ao articular sistema de justiça, saúde pública, assistência social e família, o programa demonstra que é possível compatibilizar a proteção social com a preservação de direitos fundamentais. Com isso, rompe-se a falsa oposição entre segurança e dignidade, pois a reinserção acompanhada e territorializada tende a ser mais adequada do que o confinamento indefinido.

Todavia, foi possível contatar que o PAILI não está isento de limitações, porquanto a eficácia do programa depende da existência de uma rede pública de

saúde mental suficientemente estruturada, de equipes multiprofissionais capacitadas, de financiamento contínuo, de articulação entre os órgãos envolvidos e de compreensão adequada por parte dos atores do sistema de justiça. Sem esses elementos, o acompanhamento em liberdade pode se fragilizar, transferindo para famílias vulneráveis ou para serviços sobrecarregados uma responsabilidade que deve ser assumida de forma planejada pelo Estado. Assim, o fortalecimento do PAILI e de experiências semelhantes exige investimento público, estabilidade institucional e compromisso político com a política antimanicomial.

Outro ponto relevante identificado diz respeito à necessidade de superar não apenas o manicômio físico, mas também o manicômio simbólico. O fechamento ou substituição de instituições asilares não garante, por si só, a transformação das práticas sociais e jurídicas, ainda persiste, no imaginário coletivo, a associação entre loucura e perigo, o que dificulta a reinserção social das pessoas acompanhadas por medidas de segurança, mentalidade que também pode influenciar decisões judiciais, pareceres técnicos, políticas públicas e reações comunitárias. Por isso, a efetivação da dignidade humana exige uma mudança cultural ampla, capaz de reconhecer a diferença não como ameaça, mas como expressão da pluralidade humana.

No âmbito jurídico, conclui-se que o Poder Judiciário possui papel fundamental na concretização dos direitos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. A atuação judicial não deve se limitar à homologação de laudos ou à manutenção automática de medidas restritivas. Ao contrário, cabe ao Judiciário fiscalizar a legalidade, a necessidade e a proporcionalidade das medidas de segurança, exigir a elaboração de projetos terapêuticos individualizados, estimular a atuação da rede de saúde e impedir que a internação seja utilizada como solução padrão. A jurisdição, nesse campo, deve funcionar como garantia contra o abandono institucional e contra a reprodução de práticas incompatíveis com a Constituição.

Além disso, a proteção da dignidade do louco infrator depende de uma abordagem verdadeiramente intersetorial, pois a saúde mental, isoladamente, não é capaz de responder a todas as demandas envolvidas na execução das medidas de segurança. Muitos indivíduos acompanhados por esses programas enfrentam pobreza, fragilidade familiar, ausência de moradia, baixa escolaridade, uso problemático de substâncias, desemprego e histórico de violências. Por isso, a resposta estatal precisa articular saúde, assistência social, justiça, moradia, trabalho, educação e fortalecimento de vínculos comunitários, sem essa integração, o cuidado permanece incompleto e a reinserção social torna-se apenas uma promessa formal.

Conclui-se, portanto, que a dignidade da pessoa humana somente será efetivamente assegurada nas medidas de segurança quando o Estado abandonar definitivamente a ideia de que a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei deve ser isolada como forma de proteção social. A tutela da sociedade não se constrói pela exclusão indefinida do sujeito, mas pela oferta de cuidado adequado, acompanhamento contínuo, responsabilização possível e condições concretas de reinserção. O PAILI demonstra que essa mudança é viável, embora ainda dependa de fortalecimento institucional, ampliação de recursos e consolidação de uma cultura jurídica comprometida com os direitos humanos.

Por fim, cabe frisar que o enfrentamento da questão do louco infrator não é apenas um desafio jurídico ou sanitário, mas um compromisso civilizatório, pois a forma como o Estado trata aqueles que se encontram simultaneamente marcados pelo sofrimento mental, pela vulnerabilidade social e pelo controle penal revela o grau de concretização de seus valores constitucionais. Assim, a superação do paradigma manicomial e o fortalecimento de programas como o PAILI representam passos indispensáveis para que a medida de segurança deixe de ser instrumento de exclusão e passe a constituir mecanismo legítimo de cuidado, cidadania e respeito à dignidade da pessoa humana.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Antonio José et al. Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 4, p. 117, 2015.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2067-2074, 2018.

ARAÚJO, Rodrigo Bastos de. **Direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais:** uma análise crítica das conquistas históricas da reforma antimanicomial e da desconstrução dos invisibilizados socialmente. 2022. Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação Stricto Sensu da Universidade Católica do Salvador. Disponível em: https://ri.ucsal.br/server/api/core/bitstreams/0392070b-182e-49e5-991c-a48e3fd8bfce/content. Acesso em: 15 mar. 2026.

BACK, Caroline Moreira et al. Coringa: reflexões sobre crime e loucura. **Revista Eletrônica de Direito Penal e Política Criminal**, v. 9, n. 1, p. 69-88, 2021.

BARBOSA-FOHRMANN, Ana Paula; MARTINS, Laércio Melo. Previsão constitucional do direito social à saúde mental: novos caminhos para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Pensar-Revista de Ciências Jurídicas**, v. 26, n. 1, 2021.

BARROS, Joeldson Ribeiro de. O princípio da dignidade da pessoa humana: uma abordagem processual constitucional. **Lumen et Virtus**, v. 16, n. 49, p. 7853-7865, 2025.

BARROSO FILHO, Raimundo Nonato Saraiva; NICÁCIO, Marcondes; SILVA, José Alessandro Cândido da. A loucura na perspectiva de Foucault. **Revista Educação e Linguagens**, v. 15, n. 28, p. 62-91, 2025.

BATISTA JUNIOR, Leonilson; PORTO, Maria Vera Lúcia Pessoa. A loucura como método de exclusão social. **Revista Ecos**, v. 13, n. 1, p. 09-17, 2025.

BENEVIDES, Bruno Corrêa de Sá. Entre o crime e a loucura: os anarquistas segundo a criminologia de Cesare Lombroso. **Revista Brasileira de História da Ciência**, v. 16, n. 1, p. 291-310, 2023.

BOMTEMPO, Tiago Vieira. Das pessoas com transtornos e deficiências mentais: uma visão interdisciplinar para a interpretação do Estatuto da Pessoa com Deficiência. **Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Direito – PPGDir./UFRGS**, v. 18, n. 1, p. 114-141, 2023.

BRITO, Clara Rodrigues de et al. Os princípios fundamentais como meio necessário para eficácia dos direitos fundamentais nas relações privadas: uma análise à luz da dignidade da pessoa humana e do princípio segurança jurídica no ordenamento brasileiro. **Revista Dcs**, v. 22, n. 79, p. e172-e172, 2025.

BRITO, Fátima Saionara Leandro. A reforma psiquiátrica em risco. 32º Simpósio Nacional de História, online, 2023.

CACICEDO, Patrick; SANTOS, Thiago Pedro Pagliuca dos. Execução penal e saúde mental: crítica da medida de segurança e direitos fundamentais a partir do regime de dupla garantia. **Espaço Jurídico: Journal of Law**, n. 2, p. 321-338, 2022.

CAETANO, Haroldo Caetano; TEDESCO, Silvia. Loucura e direito penal: pistas para a extinção dos manicômios judiciários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 128, p. 191-202, jan.-mar. 2021.

CAMPOS, Bruno da Silva et al. Audiência de custódia e seus paradoxos frente à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, p. e210166, 2022.

CÂNDIDO, Gabriel Cardoso et al. O princípio da dignidade da pessoa humana como premissa fundamental da execução da pena privativa de liberdade. **Revista da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul**, v. 1, n. 30, p. 144-164, 2022.

CASAGRANDE, Kíssila de Oliveira; SOARES, Marcelo Chaves. Dos loucos entre nós: a lei antimanicomial e a efetivação dos direitos humanos. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, v. 18, n. 2, p. 1-16, 2025.

CASTRO, Alexander Rodrigues de; ANDRADE, Jacson Patric Augusto Kovaltchuk. Os direitos da personalidade no sistema penal brasileiro: uma análise crítica da proteção da dignidade humana no contexto criminal. **Observatório de la Economía Latinoamericana**, v. 23, n. 12, p. e12767-e12767, 2025.

CATARINA, Verônica Teresinha de Oliveira; TOZATTO, Alessandra. Contextualizando os desafios da desinstitucionalização psiquiátrica. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 10, p. 4568-4578, 2023.

CHAGAS, Gabriela Dickel et al. Normalização em saúde mental e silenciamento da loucura. **Revista Foco**, v. 16, n. 5, p. e2083, 2023.

CORDEIRO, Marcos André Nascimento et al. O estado de coisas inconstitucional no sistema carcerário brasileiro: a violação estrutural da dignidade da pessoa humana e

dos direitos fundamentais. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 12, n. 3, p. 1-16, 2026.

CORRÊA, Luisa Motta; LIMA, Rossano Cabral. A neoinstitucionalização no contexto da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, 2025.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba, 2007. Disponível em: https://scispace.com/pdf/avancos-e-impasses-na-garantia-dos-direitos-humanos-das-2zv9pnwkth.pdf. Acesso em: 20 mar. 2026.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. A mobilização jurídico-política do Movimento Antimanicomial no Brasil. **Revista Direito, Estado e Sociedade**, n. 59, 2021.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; PINTO, Hilbert Melo Soares. Saúde Mental e Direitos Humanos: Fragilidades e Provisões Necessárias para o Sistema Interamericano. **Direito Público**, v. 20, n. 108, 2023.

CORTEZ, Pedro Afonso; SOUZA, Marcus Vinícius Rodrigues de; OLIVEIRA, Luís Fernando Adas. Princípios de uma política alternativa aos manicômios judiciais. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 1206-1217, 2018.

COSCRATO, Nathália de Morais. **A aplicação de garantias penais às medidas de segurança no contexto da reforma psiquiátrica brasileira**. Dissertação (Mestrado) – USP, 2018.

COSCRATO, Nathália de Morais. Manicômio judiciário... o pior do pior...: alguns marcos do percurso de reconhecimento institucional da necessidade de compatibilização

da execução das medidas de segurança com a Lei da Reforma Psiquiátrica. **Revista Científica Mais Pontal**, v. 1, n. 1, p. 1-11, 2021.

COSTA, Cezar Augusto Rodrigues et al. Perigo real ou imaginário: uma reflexão crítica e uma proposta de modelo alternativo ao Exame de Verificação de Cessação da Periculosidade vigente no Código Penal Brasileiro. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, n. 144, p. 323-355, 2018.

COUTO, Raianne; NOGUEIRA, Cristiane Nogueira. O louco infrator: das velhas práticas aos novos modos de atenção e cuidado. **Diaphora**, v. 9, n. 2, p. 49-56, 2020.

D'ANDREA, Gustavo; BRITO, Emanuele Seicenti de; VENTURA, Carla Ap Arena. Direito à saúde mental e evolução da medida de segurança. **Revista Eletrônica da Faculdade de Direito de Franca**, v. 7, n. 1, 2013.

ESBER, Karen Michel; DINIZ, Maria Aparecida; SOARES, Carlene Borges. Mapeamento do perfil dos usuários do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator/PAILI entre 2006 e 2014. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago**, v. 7, p. e7000026-e7000026, 2021.

FEITOSA, Juliana Passos; SOUSA, Jacson da Silva. O tratamento dos presos com transtornos mentais no sistema carcerário brasileiro. **Revista Ft**, p. 01-27, 2023.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica.** 4. ed. São Paulo: Perspectiva,1978.

FREITAS, Sérgio Henriques Zandona; OLIVEIRA, Marcelo Matos de. A medida de segurança e os direitos humanos: a periculosidade à luz da Lei 10.216/2001 e da necessidade de limitação do poder punitivo do Estado. **Revista de Criminologias e Políticas Criminais**, v. 5, n. 1, p. 58-78, 2019.

GOETTEMS, Tânia Carolina Ferreira; AZAMBUJA, Mariana. O contraste constitucional entre as medidas de segurança e o caso Champinha como uma forma de analisar o (não) avanço dos instrumentos de aplicação. **Revista de Direito**, v. 15, n. 1, p. 158-180, 2024.

GOMES, Camila Paula de Barros; NOVAES, Pedro Luís Piedade. A Resolução 487 do Conselho Nacional de Justiça e a polêmica extinção dos manicômios judiciais. **Revista Juris Uni Toledo**, 2025.

GOMES, Iba; SANTOS, Ipf; SIQUEIRA JÚNIOR, Cc. A desinstitucionalização nas políticas de saúde mental: o Programa "De Volta pra Casa". **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 18, n. 1, p. e14345, 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS CRIMINAIS. A política antimanicomial do poder judiciário: a resolução CNJ 487/2023 e a adequação das medidas de segurança à legalidade e à dignidade humana. **Boletim Ibccrim**, São Paulo, v. 31, n. 367, p. 2–3, 2023.

KRAUSE, Priscila Garcia; CIMADON, Aristides. Direito fundamental à saúde da pessoa submetida à internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico: uma visão acerca da rotina vivenciada no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico de Santa Catarina. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 11, p. 108641-108665, 2021.

LEGALE, Siddharta; VAL, Eduardo Manuel. A dignidade da pessoa humana e a jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, 2017.

LEMA, Vanessa Maciel et al. Tratamento psiquiátrico e cessação de periculosidade de pacientes periciados em hospital de custódia. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 11, n. 9, p. 651-671, 2025.

LEMOS, Eduardo Dallagnol. A (in)suficiência da periculosidade como fundamento das medidas de segurança: da dogmática à crítica. **Revista Eletrônica de Direito Penal e Política Criminal**, v. 9, n. 2, p. 132-165, 2021.

LIMA, Camila da Silva Eidam de. Da exclusão à reabilitação psicossocial. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, v. 17, n. 8, 2025.

LIMA, Caroline Gonçalves de; TAPOROSKY FILHO, Paulo Silas. Direito, loucura e literatura. **Academia de Direito**, v. 6, 2024.

LIMA, Raquel Moreira; NEVES, Tiago Iwasawa. Por uma outra relação entre a loucura e o crime. **Analytica: Revista de Psicanálise**, v. 13, n. 24, 2024.

LIMA, Rossano Cabral. O avanço da contrarreforma psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, 2019.

LOPES, Felipe da Cunha; SILVA, Daiana; SILVA, Luiz Fernando. Loucura e criminalidade: desvendando os mistérios das moralidades anômalas. **Vozes, Pretérito & Devir: Revista de História da Uespi**, v. 1, n. 1, p. 125-144, 2013.

LOPES, Felipe da Cunha; SOUZA, Ítalo Cristiano Silva e. Loucura e criminalidade. **Vozes, Pretérito & Devir: Revista de História da Uespi**, v. 1, n. 1, 2013.

LOPES, Jahan Natanael Domingos. Geografia da loucura. **Revista Verde Grande: Geografia e Interdisciplinaridade**, v. 7, n. 2, 2025.

LUCAS, Emanoel; LOA, Gabriely Késia de Oliveira. "Por uma sociedade sem manicômios": a medicalização da loucura e a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira. **Revista Eletrônica História em Reflexão**, v. 21, n. 39, p. 153-168, 2025.

MACEDO, Elias Menta. **Loucura e inclusão:** o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) como possibilidade de superação de estigma e reconhecimento de direitos. Editora Dialética, 2021.

MACHADO, Ranielly Camilo de Oliveira; ABREU, Natasha Gomes Moreira. Medida de segurança e o PAILI Goiás. **Revista Raízes no Direito**, v. 12, n. 2, 2023.

MARTINS, Valentina Muniz; SOUZA, Odália Bispo de. Desconstrução manicomial do louco infrator: uma análise jurídica do PAILI Goiás. **Anais do Encontro de Ensino, Pesquisa e Extensão do Campus Central (Eepex)**, v. 3, 2025.

MATOS, Liduina Salviano de; SARAIVA, Eduardo Steindorf. Transtornos mentais na história e no âmbito jurídico: da exclusão à reabilitação psicossocial – um estudo de caso. **Revista Delos**, v. 18, n. 69, p. e5829-e5829, 2025.

MELO, Angelle Matias et al. Evolução das políticas públicas de saúde mental no Brasil: da institucionalização ao cuidado em liberdade. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 18, n. 4, p. e17306, 2025.

MELO, José Rinaldo Domingos de; BARCELLOS, Daniela Silva Fontoura de. A violação dos direitos humanos no sistema carcerário brasileiro. **Revista Eletrônica de Direito, Democracia e Sociedade**, v. 11, n. 1, p. e130-e130, 2026.

MENDONÇA, Thaina; RAMIRO, Marcus Geandré Nakano. Interações essenciais entre a dignidade da pessoa humana e os direitos da personalidade. **Revista Jurídica da Fa7**, v. 19, n. 2, p. 73-85, 2022.

MESQUITA, José Ferreira de; NOVELLINO, Maria Salet Ferreira; CAVALCANTI, Maria Tavares. A reforma psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, 2010.

MITJAVILA, Myriam Raquel; MATHES, Priscilla Gomes. Doença mental e periculosidade criminal. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, 2012.

NASCIMENTO, Alexandre de Mendonça. A dignidade humana na jurisprudência penal nacional. **Revista Jurídica**, p. 170, 2025.

NUNES, Leonardo Silva; COSTA, André de Abreu; OLIVEIRA, Josilene Nascimento. A conformação da medida de segurança ao sistema de saúde mental brasileiro pela reforma estrutural. **Revista Jurídica da Presidência**, v. 25, n. 137, p. 720-746, 2023.

OLIVEIRA, Aline Sanches et al. Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no sistema prisional: a morte social decretada? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 4553-4558, 2022.

OLIVEIRA, Flávio Antônio de. Reflexo derrogatório da sistematização da medida de segurança. **Revista Eletrônica Direito e Política**, v. 12, n. 2, 2017.

OLIVEIRA, Genival Dantas; CUNHA, Wesley Oliveira. O direito brasileiro à luz das pessoas com transtornos mentais. **Facit Business and Technology Journal**, v. 1, n. 62, 2025.

OLIVEIRA, Lannuzya Veríssimo et al. Assistência às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei: perspectiva de gestores e profissionais de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33029, 2023.

OLIVEIRA, Patricia Fonseca Carlos Magno de; BOITEUX, Luciana. Quando a luta antimanicomial mira no manicômio judiciário e produz desencarceramento: uma análise dos arranjos institucionais provocados pela defensoria pública no campo da política pública penitenciária e de saúde mental. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 8, n. 1, p. 573-603, 2018.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de; PADILHA, Cristina dos Santos; OLIVEIRA, Cristiane Molina de. Um breve histórico do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil contextualizando o conceito de desinstitucionalização. **Saúde em Debate**, v. 35, p. 587-596, 2025.

PAIXÃO, Gabriela Silva. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil: uma análise sobre seus fundamentos e permanência. **Revista de Direito Penal, Processo Penal e Constituição**, v. 7, n. 1, p. 82-102, 2021.

PAULA, Éder Mendes de. **Da (in)visibilidade à categorização:** o louco infrator em Goiás 1930-2010. Tese (Doutorado), 2016.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 11, 2004.

PEREIRA JUNIOR, Alessandro; GOMES, Wallace Rosa; VINGI, Adriano. A Lei de Execução Penal em contravenção com o princípio da dignidade humana. **Revista Multidisciplinar Integrada – Remi**, v. 7, n. 02, p. 1-13, 2025.

PESTANA, Douglas Manoel Antonio de Abreu et al. A loucura significada na sociedade. **Convergências: Estudos em Humanidades Digitais**, v. 1, n. 2, 2023.

PORTAL TELEMEDICINA. **Desospitalização:** a transformação do cuidado em saúde para um modelo mais humanizado e eficiente. 2024. Disponível em: https://portal-telemedicina.com.br/desospitalizacao. Acesso em: 19 fev. 2025.

PRADO, Alessandra Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. **Revista Direito Gv**, v. 13, n. 2, p. 628-652, 2017.

RAPOSO, Maria Clara Caminski; ALMEIDA, Andréia Alves de. Caso Champinha: entre os limites da imputabilidade penal e a aplicação da medida de segurança. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 11, n. 6, p. 1253-1269, 2025.

RODRIGUES, Yasmin de Vasconcelos; ALMEIDA, Dário Amauri Lopes de. Psicopatia como causa de inimputabilidade penal. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 9, p. 2832-2846, 2023.

RUBIN, Aline Librelotto et al. A evolução da medida de segurança. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da Ufsm**, v. 3, n. 3, 2008.

SÁ, Gersônia da Silva; LIMA, Emanoel José Batista. Entre Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e a Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Revista Fsa**, v. 20, n. 12, 2023.

SADDI, Fabiana da Cunha et al. Programa de atenção integral ao louco infrator (PAI-LI): inovações que promovem os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. In: BORGES, Pedro Célio Alves et al. (org.). **Democracia e ciências sociais: memória, políticas e desigualdades**. Goiânia: Gráfica UFG, 2016.

SAIJA, Giulia Campbell et al. Pessoas que cumprem pena em hospitais de custódia no Brasil: uma análise bibliográfica sobre sofrimento psíquico e ausência de direitos. **Epitaya E-Books**, v. 1, n. 100, p. 261-274, 2025.

SANTOS, Adriana Meneses dos; WEINMANN, Amadeu de Oliveira. (Re)humanizando os caminhos. **Revista Polis e Psique**, v. 15, 2025.

SANTOS, Fernando Almeida; BRITO, Franceli Barbosa. A medida de segurança sob a ótica da dignidade da pessoa humana. **Direito & Realidade**, v. 7, n. 8, 2019.

SANTOS, Juarez Pinheiro dos. O estado de coisas inconstitucional e a responsabilidade civil estatal: limites éticos e jurídicos da custódia prisional no Brasil. **Revista Foco**, v. 19, n. 1, p. e11327-e11327, 2026.

SILVA, Alessandra Mara de Aquino; CRUZ, Aron Elvis de Paula. **Crime e loucura.** Tese (Doutorado) – PUC Minas, 2020.

SILVA, Ângela Maria Caetano; ABREU, Natasha Gomes Moreira. Medida de segurança e o PAILI Goiás. **Revista Transformar**, v. 18, n. 1, 2024.

SILVA, Carolina; VERONEZ, Marcelo. Contexto histórico das medidas penais em face dos "loucos" infratores até a promulgação da Lei 10.216/2001. **Anais do Congresso Brasileiro de Iniciação Científica**, 2025.

SILVA, Célia Regina Bernardes Jardim da. **Dignidade da pessoa humana: mecanismos de proteção.** Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2024.

SILVA, Douglas de Morais; IRIBURE JÚNIOR, Hamilton da Cunha. Direito, liberdade individual e o louco: a inoperância das medidas de segurança em face da Lei Antimanicomial. **Ministério Público do Estado de Minas Gerais**, v. 22, n. 40, 2024.

SILVA, Kely Cristina da. **Crime e loucura:** a instituição das medidas de segurança pessoais detentivas no manicômio judiciário Maurício Cardoso (1941-1943). 2020.

SILVA, M. J. da. A constituição do direito e função social do direito. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 18, n. 7, p. e19086, 2025.

SILVA, Martinho Braga Batista. O desafio das pessoas em medida de segurança no SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, 2010.

SILVA, Ronaldo Alves Marinho da; SANTOS, Carlos Alberto Ferreira dos. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de Sergipe: uma análise da participação do Estado na garantia dos direitos humanos e da saúde mental dos pacientes. **Interfaces Científicas – Humanas e Sociais**, v. 8, n. 3, p. 291-306, 2020.

SOARES FILHO, Marden Marques; BUENO, Paula Michele Martins Gomes. Direito à saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2101-2110, 2016.

SOUZA, Ana Paula de; SIMÕES, Silva. Loucura à margem. **Revista Educação Contemporânea**, v. 2, n. 2, 2025.

UGA, Daniela Alessandra; SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval. **Crime e castigo:** o que os arquivos do Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo têm a dizer. Tese (Doutorado), USP, 2018.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **Em busca das penas perdidas:** a perda de legitimidade do sistema penal. Trad. Vania Romano Pedrosa, Amir Lopes da Conceição. Rio de Janeiro: Revan, 2017.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; ALAGIA, Alejandro; SLOKAR, Alejandro. **Manual de Derecho Penal: Parte General**. 2. ed. Buenos Aires: Ediar, 2007.

ZANINI, Leonardo Estevam de Assis; QUEIROZ, Odete Novais Carneiro. Notas sobre o princípio fundamental da dignidade da pessoa humana e a sua atuação como cláusula geral de tutela da personalidade. **Revista Jurídica Cesumar – Mestrado**, v. 23, n. 1, p. 67-86, 2023.