

GHENYFER MARTINS FARIA
LUANNE KAROLYNE SHUMAHER SANTANA

**O SISTEMA PENAL E AS DOENÇAS MENTAIS: ENTRE O
CÁRCERE E O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO,
ONDE ESTÁ A JUSTIÇA?**

Artigo Científico apresentado a Afya Centro Universitário de Ji-Paraná – Afya Ji-Paraná, para obtenção de grau na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso em Direito.

Prof. Orientador Claudenir da Silva Rabelo.

Ji-Paraná
2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação - CIP

F224s	Faria, Ghenyfer Martins. O sistema penal e as doenças mentais: entre o cárcere e o hospital psiquiátrico, onde está a justiça? / Ghenyfer Martins Faria; Luanne Karolyne Shumahr Santana. – Ji-Paraná, 2026. 25 p. Artigo Científico (Curso de Direito) – Afya Centro Universitário de Ji-Paraná, 2026. Orientador: Prof. Esp. Claudenir da Silva Rabelo. 1. Medida de segurança. 2. Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. 3. Política antimanicomial. Saúde mental. 4. Direitos humanos. I. Santana, Luanne Karolyne Shumahr. II. Rabelo, Claudenir da Silva. III. Título. CDU 340.63
-------	--

Ficha Catalográfica Elaborada pelo Bibliotecário Giordani Nunes da Silva CRB 11/1125

O SISTEMA PENAL E AS DOENÇAS MENTAIS: ENTRE O CÁRCERE E O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO, ONDE ESTÁ A JUSTIÇA?

Ghenyfer Martins Faria¹

Luanne Karolyne Shumaker²

Claudenir da Silva Rabelo³

RESUMO: O presente artigo discute a tensão persistente, no sistema penal brasileiro, entre a lógica de exclusão herdada do paradigma manicomial e o paradigma antimanicomial inaugurado pela Lei n. 10.216/2001. Parte-se do problema de saber em que medida a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, instituída pela Resolução CNJ n. 487/2023, é capaz de superar o modelo dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) enquanto resposta estatal à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Por meio de pesquisa bibliográfica e documental, de natureza qualitativa e exploratório-descritiva, analisam-se a trajetória histórico-normativa da medida de segurança e da periculosidade no direito penal brasileiro, o conteúdo da política antimanicomial recentemente instituída pelo Conselho Nacional de Justiça, os desafios regionais evidenciados por dados de Rondônia e o modelo comparado dos Review Boards canadenses. Os resultados indicam que, a despeito do arcabouço normativo já consolidado, a efetiva superação do modelo manicomial judiciário permanece condicionada à estruturação de redes de saúde mental em meio aberto, sobretudo fora dos grandes centros urbanos, de modo que a justiça, no caso da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, ainda se encontra em rota de construção entre o cárcere e o hospital psiquiátrico.

¹ Acadêmica do 8º período do curso de Direito na Afya Centro Universitário de Ji-Paraná – Afya Ji-Paraná. E-mail: Ghenifermartins@gmail.com

² Acadêmica do 8º período do curso de Direito na Afya Centro Universitário de Ji-Paraná – Afya Ji-Paraná. E-mail: luannesantana1907@gmail.com

³ Professor orientador, graduado em Direito pelo Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná (2015); licenciado em Matemática pela Universidade Federal de Rondônia (2007). Especialista em Direito Público e Didática do Ensino Superior, *Latu Sensus*, pela Faculdade Damásio (2018); especialista em Criminologia, *Latu Sensus*, pela Famart (2024). Professor Universitário no Centro Universitário Ji-Paraná Afya. Ji-Paraná, Rondônia, Brasil. Email: claudenir.rabelo@afya.com.br

Palavras-chave: Medida de segurança. Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. Política antimanicomial. Saúde mental. Direitos humanos.

THE PENAL SYSTEM AND MENTAL ILLNESSES: BETWEEN THE JAIL AND THE PSYCHIATRIC HOSPITAL, WHERE IS JUSTICE?

ABSTRACT: This article discusses the ongoing tension in the Brazilian criminal system between the exclusionary logic inherited from the asylum paradigm and the anti-asylum paradigm introduced by Law No. 10,216/2001. It starts with the question of to what extent the Judiciary's Anti-Asylum Policy, established by CNJ Resolution No. 487/2023, is able to overcome the model of Custody and Psychiatric Treatment Hospitals (HCTPs) as the state's response to people with mental disorders in conflict with the law. Through qualitative and exploratory-descriptive bibliographic and documentary research, the study analyzes the historical and normative trajectory of security measures and dangerousness in Brazilian criminal law, the content of the anti-asylum policy recently instituted by the National Council of Justice, regional challenges highlighted by data from Rondônia, and the comparative model of Canadian Review Boards. The results indicate that, despite the already consolidated regulatory framework, the actual overcoming of the judicial asylum model still depends on setting up mental health networks in open settings, especially outside major urban centers, so that justice, in the case of a person with a mental disorder in conflict with the law, is still in the process of being built between prison and the psychiatric hospital.

Keywords: Safety measures. Psychiatric custody and treatment hospital. Anti-asylum policy. Mental health. Human rights.

1. INTRODUÇÃO

A persistência, no sistema penal brasileiro, de uma lógica de exclusão herdada do paradigma manicomial, em tensão com o paradigma antimanicomial inaugurado pela Lei n. 10.216/2001, constitui o pano de fundo deste artigo. Essa tensão ganhou contorno normativo renovado com a edição da Resolução CNJ n. 487/2023, que instituiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e fixou prazos objetivos para a

interdição parcial e o fechamento definitivo dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) em todo o território nacional.

A partir desse cenário, formula-se o problema de pesquisa que orienta o presente trabalho: em que medida a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, instituída pela Resolução CNJ n. 487/2023, vem contribuindo para a efetiva superação do modelo manicomial judiciário no Brasil? Parte-se da hipótese de que, a despeito do avanço normativo já consolidado, a efetivação da política permanece condicionada a fatores extrajurídicos, sobretudo à estruturação de redes territoriais de saúde mental. Como objetivo geral, pretende-se analisar essa política à luz dos parâmetros fixados pela Lei n. 10.216/2001 e dos direitos humanos da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Como objetivos específicos, busca-se: (i) reconstruir os fundamentos históricos da medida de segurança, da periculosidade e dos HCTP no Brasil; (ii) examinar o conteúdo normativo da política antimanicomial recentemente instituída pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ); e (iii) discutir, a partir de dados institucionais e de direito comparado, os desafios concretos para sua efetivação.

A relevância do estudo assenta-se em quatro frentes complementares: sua dimensão de direitos humanos; a urgência prática imposta pelo calendário de implementação fixado pela própria Resolução CNJ n. 487/2023; a justificativa de ordem regional, evidenciada por desafios próprios de estados de grande extensão territorial, como Rondônia; e a possibilidade de situar o debate brasileiro em perspectiva comparada, a partir do modelo canadense de Review Boards.

Para tanto, recorreu-se a pesquisa bibliográfica e documental, de natureza qualitativa e caráter exploratório-descritivo, cujo detalhamento metodológico é apresentado na seção seguinte.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O presente artigo resulta de pesquisa de natureza qualitativa, classificada, quanto aos objetivos, como exploratório-descritiva e, quanto aos procedimentos, como bibliográfica e documental. Não foram empregados estudos experimentais, tampouco qualquer forma de intervenção direta ou indireta sobre seres humanos ou animais,

razão pela qual não se aplica ao presente trabalho a exigência de número de aprovação de comitê de ética em pesquisa.

A etapa bibliográfica consistiu no levantamento de artigos e capítulos científicos das áreas de Direito Penal, Saúde Coletiva e Direitos Humanos, indexados em bases como SciELO e Google Acadêmico, com destaque para o estudo histórico de Santos, Farias e Pinto (2015), sobre a trajetória da medida de segurança e dos HCTP no Brasil, e para o capítulo de Ferrarini, Diorio e Shecaira (2023), sobre os efeitos do isolamento carcerário na saúde mental da população prisional. A pesquisa documental abrangeu legislação federal (Lei n. 10.216/2001), atos normativos do Conselho Nacional de Justiça (Resolução CNJ n. 487/2023 e documentos de monitoramento disponibilizados em seu sítio eletrônico), documento técnico da Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia (Nota Técnica n. 1/2024) e documento oficial do Department of Justice do Canadá relativo ao sistema de Review Boards daquele país, este último consultado em língua portuguesa e inglesa. Não houve delimitação temporal rígida quanto à data de publicação das fontes, tendo sido priorizadas, sempre que disponíveis, informações institucionais atualizadas até junho de 2026.

O tratamento do material levantado seguiu a técnica de análise de conteúdo, organizando-se os dados em quatro eixos temáticos (histórico-normativo, institucional, regional e de direito comparado), cuja exposição ordenada constitui o desenvolvimento deste artigo.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 Responsabilidade Penal e a Doença Mental

A compreensão da política antimanicomial contemporânea exige, como pressuposto analítico, a reconstituição do modo como o direito penal brasileiro articulou, ao longo de mais de um século, a responsabilidade penal e a presença de transtorno mental. Este item desenvolve-se em duas etapas complementares: primeiramente, reconstitui-se a trajetória normativa da inimputabilidade penal, do Código do Império ao Código Penal de 1940, evidenciando o deslocamento progressivo da culpa pelo fato para o diagnóstico e o prognóstico de periculosidade

do agente; em seguida, discute-se em que medida a dignidade da pessoa humana - fundamento constitucional expressamente invocado pela Resolução CNJ n. 487/2023 - tensiona essa construção histórica e fundamenta sua superação.

3.1.1 Inimputabilidade Penal

O Código Penal do Império, de 1830, organizava-se em torno da responsabilidade penal e do livre-arbítrio próprios do direito penal clássico, vinculando a pena à gravidade do delito e circunscrevendo como inimputáveis os menores de 14 anos e os então chamados "loucos de todo gênero", ressalvada a lucidez parcial no momento do crime. Nesse período, a identificação da loucura ainda competia ao próprio juiz ou júri, e a ausência de previsão legal de internação compulsória fazia com que os "irresponsáveis legais" permanecessem, via de regra, sob guarda domiciliar (SANTOS; FARIAS; PINTO, 2015)

A primeira grande transformação do critério de inimputabilidade penal brasileiro ocorreu com o advento da República e a edição do Código Penal de 1890. A aferição da loucura, até então confiada ao juízo do magistrado ou do júri, passou a fundar-se na responsabilidade moral, com a substituição da fórmula "louco de toda espécie" por "completa privação de sentidos e de inteligência no ato do crime". A amplitude semântica dessa nova expressão permitiu estendê-la, na prática judicial, a quadros tão heterogêneos quanto o sonambulismo, a epilepsia, o delírio febril e a embriaguez completa (SANTOS; FARIAS; PINTO, 2015).

Essa indeterminação conceitual não foi acidental, mas funcional: foi exatamente a imprecisão do critério moral que abriu caminho para a entrada de saberes extrajurídicos na definição da responsabilidade penal. Intensificou-se, nesse contexto, a presença dos peritos psiquiátricos no processo penal, e ganharam terreno os discursos da antropologia criminal de Cesare Lombroso, ao lado do debate sobre a "temibilidade" do criminoso — termo cunhado pelo jurista Raffaele Garofalo e, mais tarde, substituído por "periculosidade" na legislação brasileira (MATTOS, 2012 apud SANTOS; FARIAS; PINTO, 2015). Nota-se, assim, que a ampliação semântica da fórmula de 1890, longe de representar maior rigor científico sobre a loucura, abriu espaço justamente para que saberes alheios ao direito — a psiquiatria forense e a

antropologia criminal — passassem a determinar, na prática, quem deveria responder penalmente.

Essa transformação terminológica não foi acidental, mas expressão de uma mudança mais profunda no próprio objeto do direito penal. Conforme explica Shecaira (2018), a Escola Positiva — de que Lombroso, Ferri e Garofalo são os principais expoentes — deslocou o eixo de observação da disciplina: abandonou-se o exame exclusivo do fato, o crime, em favor do exame do autor, o criminoso, em busca de patologias e determinismos biológicos capazes de explicar a conduta desviante.

Nesse quadro teórico, Garofalo formulou o conceito de temibilidade, que Shecaira descreve como a perversidade constante do delinquente associada à extensão do mal que dele se deveria temer, e da qual, nas palavras do autor, "nascia a relação temibilidade-medida de segurança" (SHECAIRA, 2018, p. 99) — vínculo conceitual que sobreviveria, sob nova nomenclatura, a todo o século XX penal brasileiro.

A temibilidade, assim concebida, dispensava qualquer correspondência com a gravidade do delito cometido, fundando-se exclusivamente na suposta ameaça social representada pelo indivíduo. Essa inversão de critério é decisiva para compreender por que, desde então, a inimputabilidade penal brasileira passou a se organizar menos em torno da culpa pelo fato e mais em torno do diagnóstico e do prognóstico de risco do agente — traço que, como se demonstrará na seção seguinte, atravessa toda a trajetória normativa da medida de segurança no país.

O Código Penal de 1940 consolidou essa transição ao articular sistematicamente as categorias de periculosidade e medida de segurança, concebida esta última como alternativa à pena, de finalidade terapêutica e preventiva, e não retributiva. O diploma instituiu, ainda, a figura do semi-imputável e o regime do duplo-binário, pelo qual o sujeito cumpria, sucessivamente, pena e medida de segurança — sistemática somente abolida com a Lei de Execução Penal de 1984, quando a periculosidade passou a ser aferida exclusivamente em relação aos inimputáveis (SANTOS; FARIAS; PINTO, 2015).

Da "loucura de todo gênero" à periculosidade codificada, percorre-se mais de um século de deslocamento progressivo do crime para o criminoso. Na leitura de Shecaira (2018), esse movimento é o que a criminologia positivista converteu em

fundamento científico de um poder de neutralização, cujos efeitos institucionais são examinados nos itens seguintes.

A consolidação da inimputabilidade como categoria jurídico-psiquiátrica é, também, tributária da trajetória da própria psiquiatria forense brasileira. Segundo relatam Abdalla-Filho e Taborda (2006 apud SANTOS; FARIAS; PINTO, 2015), essa subespecialidade médica, nascida em meados do século XIX em parceria com o direito penal, entrou em declínio ao final da década de 1960, somente retomando valorização e expansão nas décadas finais do século XX e no início do século XXI.

Esse retorno de prestígio, contudo, não se limitou à avaliação psicopatológica tradicional. Barros (2008 apud SANTOS; FARIAS; PINTO, 2015) propôs, mais recentemente, uma neurociência forense capaz de somar à perícia os instrumentais da neuroimagem, da neurofisiologia e da neurobiologia, de modo a integrar mente e cérebro na apuração do nexo causal entre transtorno mental e conduta delituosa. Entende-se, todavia, que essa proposta, a despeito de sua aparência de avanço científico, reatualiza, sob nova roupagem tecnológica, o mesmo ideário positivista examinado anteriormente: a aposta em parâmetros cada vez mais sofisticados para mensurar objetivamente algo que, como já demonstrado, talvez não seja inteiramente mensurável — a periculosidade futura de um sujeito.

3.1.2 A Dignidade da Pessoa Humana

A dignidade da pessoa humana, fundamento da República consagrado no art. 1º, III, da Constituição Federal, é também o primeiro princípio invocado pela própria Resolução CNJ n. 487/2023 para justificar a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, ao lado dos direitos fundamentais à saúde, ao devido processo legal e à individualização da pena (CNJ, 2023). Essa opção não é meramente retórica: ela responde a uma prática histórica em que a periculosidade, examinada no item anterior, funcionou, no mais das vezes, menos como diagnóstico técnico do que como filtro de seletividade social.

É o que permite compreender a Criminologia Crítica, na leitura de Shecaira (2018, p. 61). Para essa corrente, o controle social formal, polícia, Justiça e sistema prisional, não atua de modo neutro sobre a infração penal: é estrutural e seletivamente discriminatório, processando, em primeiro lugar, o status do indivíduo, e não o fato em

si, o que o torna também estigmatizante e apto a desencadear desvios secundários e verdadeiras carreiras criminais. Transposta para o universo da medida de segurança, essa premissa ajuda a explicar por que os HCTP tendem a concentrar pessoas pobres, sem suporte familiar e sem defesa técnica capaz de evitar a internação asilar ou de obter, posteriormente, sua desinternação, disparidade que escapa, em boa medida, às estatísticas oficiais e que reproduz, sob outras vestes, a criminalização da pobreza já descrita pela criminologia crítica para o sistema penal comum. Nesses casos, a dignidade da pessoa humana deixa de operar como limite ao poder punitivo estatal e passa a ser, paradoxalmente, a primeira garantia sacrificada em nome da defesa social.

A esse quadro soma-se um segundo problema, de ordem mais propriamente sanitária, que também tensiona diretamente a dignidade dos sujeitos institucionalizados: os efeitos da institucionalização prolongada sobre a saúde mental dos próprios internados. Ferrarini, Diorio e Shecaira (2023) demonstram, a partir de revisão da literatura internacional sobre isolamento carcerário, que a privação de contato social significativo e de estímulos ambientais positivos produz sintomas físicos, psicológicos e sociais que vão da ansiedade e da depressão a quadros de despersonalização, paranoia e automutilação, muitos dos quais persistem mesmo após o fim do confinamento. Embora o estudo desses autores tenha por objeto mais direto o Regime Disciplinar Diferenciado, sua conclusão central — de que a exclusão institucional prolongada tende a agravar, e não a tratar, o sofrimento psíquico — aplica-se, por identidade de fundamento, à lógica de longa permanência que historicamente caracterizou os HCTP.

A tensão entre a dignidade da pessoa humana e a lógica de neutralização do risco penal manifesta-se, também, na própria estrutura física e cotidiana dos espaços de internação. Erving Goffman descreve esse tipo de espaço como uma instituição total, cuja dinâmica cotidiana promove a destituição sistemática da identidade pessoal e da autonomia dos internados — processo que o autor denomina mortificação do eu (GOFFMAN, 2013 apud FERRARINI; DIORIO; SHECAIRA, 2023).

Embora os estudos de Ferrarini, Diorio e Shecaira (2023) tenham por objeto mais direto o isolamento celular no sistema penitenciário comum, sua origem histórica remete ao mesmo ideário de disciplinamento moral que, no campo psiquiátrico-penal,

justificou a criação dos HCTP. Os autores recordam que o confinamento solitário, herdado da penitência religiosa medieval e difundido pelos quakers nos sistemas penitenciários da Filadélfia e de Auburn, nos Estados Unidos, entre os séculos XVIII e XIX, fundava-se na crença de que o isolamento, e não o convívio, conduziria à regeneração moral do indivíduo.

Transposta para a lógica manicomial-judiciária, essa mesma crença sustentou, por mais de um século, a convicção de que separar o "louco-criminoso" do convívio social equivaleria, em si mesmo, a uma forma de cuidado. Sustenta-se, neste artigo, tratar-se de um equívoco que a dignidade da pessoa humana, erigida em princípio organizador da política antimanicomial, apenas começa agora a reverter.

3.2 A Reforma Psiquiátrica e o Papel do Judiciário

Reconstituídos, no item anterior, os fundamentos histórico-penais da inimputabilidade e da periculosidade, impõe-se examinar de que modo a reforma psiquiátrica brasileira, inaugurada pela Lei n. 10.216/2001, repercutiu sobre o sistema penal e sobre a atuação do Poder Judiciário. Este item desenvolve-se em duas etapas: analisam-se, inicialmente, os impactos e os limites práticos dessa lei na execução das medidas de segurança; em seguida, examina-se o conteúdo normativo da Resolução CNJ n. 487/2023, marco regulatório mais recente e mais abrangente desse processo.

3.2.1 Impactos da Lei n. 10.216/2001 no Sistema Penal

A Lei n. 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, redirecionou o modelo assistencial em saúde mental no Brasil, determinando que a internação somente deve ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e elegendo a atenção territorial, por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e, mais tarde, da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), instituída pela Portaria n. 3.088/2011, como referência prioritária de cuidado (RONDÔNIA, 2024). No campo da execução penal, contudo, o impacto da lei não foi imediato. Apesar da recomendação, já em 2002, para que os próprios HCTP se reorientassem segundo os novos parâmetros da saúde mental, esse processo só voltou a ser pautado quase uma década depois, quando o Conselho Nacional de Justiça, pela Resolução n. 113/2010, colocou em prática a implementação de políticas

antimanicomiais pelo Judiciário, e o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, pela Resolução n. 4/2010, fixou o prazo de dez anos para a substituição do modelo manicomial pelo antimanicomial no cumprimento da medida de segurança (SANTOS; FARIAS; PINTO, 2015).

Mesmo com esse arcabouço normativo, Santos, Farias e Pinto (2015) constataam que as internações continuaram sendo mais frequentemente preconizadas pelos magistrados do que o tratamento ambulatorial, evidenciando um descompasso entre o texto da lei e a prática judicial cotidiana. Parte desse descompasso decorre da própria dificuldade de qualificar, no caso concreto, o tipo de internação a que a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei deve ser submetida: a Nota Técnica n. 1/2024 da Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia esclarece, por exemplo, que, no contexto prisional, a internação psiquiátrica decorrente de crise de saúde mental deve ser tratada como internação compulsória, determinada judicialmente, a partir de laudo médico, sem necessidade de autorização familiar, distinguindo-se da internação involuntária, solicitada por terceiros fora do sistema penal (RONDÔNIA, 2024).

Essa distinção, aparentemente técnica, tem consequências práticas relevantes: ela remete a decisão sobre a internação ao Judiciário e à perícia médica, e não a uma deliberação puramente familiar ou assistencial, reforçando o papel do magistrado como guardião do equilíbrio entre o direito à saúde e a proteção social no cumprimento da medida de segurança.

Para viabilizar esse equilíbrio, o Ministério da Saúde instituiu, pela Portaria n. 94/2014, o serviço de avaliação e acompanhamento das medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, a Equipe de Avaliação e Acompanhamento (EAP), cuja função é assessorar o Judiciário na execução das medidas terapêuticas e atuar pelo resgate de vínculos familiares, pela reabilitação e pela reinserção social do paciente (RONDÔNIA, 2024). A criação dessa equipe, mais de uma década depois da Lei n. 10.216/2001, ilustra como a reforma psiquiátrica, no âmbito penal, dependeu não apenas da mudança legislativa originária, mas da paulatina construção de estruturas técnicas capazes de traduzi-la em prática judiciária — processo que, como se verá no item seguinte, viria a ser reforçado, mais de duas décadas depois, pela Resolução CNJ n. 487/2023.

Mesmo antes da edição da Resolução CNJ n. 487/2023, alguns estados já experimentavam alternativas concretas à lógica da internação compulsória — a exemplo do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), implantado em Minas Gerais desde 1999, e de seu equivalente goiano, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (Paili), criado em 2009. Ambos acompanham o sujeito com transtorno mental em conflito com a lei durante todo o processo criminal, oferecendo atenção integral e intersetorial por meio da rede pública de assistência, sem recorrer à internação em instituição fechada e, portanto, sem se pautar pela lógica da periculosidade (SANTOS; FARIAS; PINTO, 2015). A persistência dessas experiências por mais de duas décadas, ainda que restritas a poucos estados, é dado relevante para o argumento aqui desenvolvido: ela demonstra que a viabilidade técnica do tratamento em meio aberto nunca foi, propriamente, uma incógnita científica, mas um desafio de vontade política e de capacidade de replicação institucional. É precisamente nesse ponto que incide a Resolução CNJ n. 487/2023, examinada a seguir, ao converter experiências pioneiras e geograficamente localizadas em política nacional de observância obrigatória.

3.2.2 A Resolução n. 487/2023 do CNJ

A Resolução CNJ n. 487, de 15 de fevereiro de 2023, representa o marco normativo mais recente e mais abrangente desse processo. Editada pelo Conselho Nacional de Justiça no âmbito do Grupo de Trabalho constituído para o monitoramento do cumprimento da sentença da Corte Interamericana de Direitos Humanos no caso *Ximenes Lopes vs. Brasil* (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2026), a resolução instituiu formalmente a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabeleceu procedimentos e diretrizes para implementar, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança, a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a própria Lei n. 10.216/2001 (CNJ, 2023).

Vale notar que a Resolução CNJ n. 487/2023 não nasceu isolada: é também fruto do Grupo de Trabalho instituído para o acompanhamento da sentença da Corte Interamericana de Direitos Humanos no caso *Ximenes Lopes vs. Brasil*, em que o

Estado brasileiro foi condenado por falhas no tratamento de pessoa internada em hospital psiquiátrico (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2026). Esse histórico de condenação internacional explica por que a resolução não se limita a fixar prazos, mas elenca, em seu art. 3º, um extenso rol de princípios orientadores — entre eles o respeito à dignidade, à singularidade e à autonomia da pessoa, a vedação a toda forma de discriminação e estigmatização e a proscrição de tratamentos cruéis ou degradantes (CNJ, 2023).

Sua execução, por fim, não se limita ao âmbito normativo: o CNJ tem fomentado a implementação da política por meio do Programa Fazendo Justiça, parceria com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento que reúne, somente nessa frente, um portfólio de 29 ações voltadas ao fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2026).

Entre suas diretrizes centrais, a resolução determina que a internação somente seja imposta em hipóteses absolutamente excepcionais, quando não cabíveis ou suficientes outras medidas cautelares diversas da prisão, e desde que prescrita por equipe de saúde da Rede de Atenção Psicossocial como recurso terapêutico — vedando-se, em qualquer caso, que a pessoa com transtorno mental seja colocada ou mantida em unidade prisional ou em instituição de caráter asilar. No plano da desinstitucionalização, a norma fixa, ainda, prazos objetivos: seis meses para a revisão dos processos em curso e para a interdição parcial dos HCTP, e doze meses para sua interdição total e fechamento definitivo (CNJ, 2023).

A convergência entre a origem reativa da resolução — a condenação internacional do Estado brasileiro no caso *Ximenes Lopes vs. Brasil* — e seu desenho propositivo — principiológico, executivo e temporal — confere à Resolução CNJ n. 487/2023 densidade normativa superior à de suas antecessoras, examinadas no item anterior. Permanece em aberto, todavia, se esse desenho normativo robusto basta para reverter uma prática institucional consolidada há mais de um século — interrogação que estrutura, precisamente, a crise das medidas de segurança examinada no capítulo seguinte.

A efetivação desses prazos, contudo, depende de estruturas que extrapolam o próprio Judiciário. O Conselho Nacional de Justiça tem acompanhado esse processo

por meio de relatórios periódicos de implementação e da atuação de Comitês Estaduais Interinstitucionais de Monitoramento da Política Antimanicomial, e notícias mais recentes do próprio órgão registram que, no início de 2026, esses comitês ainda avaliavam os avanços da implementação em todo o território nacional (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2026), sinal de que, passados mais de três anos da resolução, o fechamento efetivo dos HCTP permanece, em diversas unidades da federação, um processo em curso, e não um resultado consolidado. É justamente essa lacuna entre a determinação normativa e a sua efetivação concreta que estrutura a crise das medidas de segurança examinada no capítulo seguinte.

3.3 A Crise das Medidas de Segurança no Brasil

Reconstituídos os fundamentos históricos da inimputabilidade penal e examinado o arcabouço normativo da política antimanicomial judiciária, impõe-se investigar por que, a despeito desse arcabouço já consolidado, a medida de segurança brasileira permanece em estado de crise. Por crise, compreende-se, neste artigo, o descompasso entre o arcabouço normativo já consolidado e sua efetivação prática, evidenciado pela indeterminação temporal da medida e pela persistência do modelo asilar. Este item desenvolve-se em duas frentes: a indeterminação temporal que historicamente caracteriza a medida de segurança, examinada a seguir, e o cenário concreto — quantitativo e geográfico — dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no país.

3.3.1 A Problemática da Indeterminação Temporal (Sanção e Tratamento)

Um dos pontos mais agudos da crise das medidas de segurança no Brasil é a indeterminação temporal de sua duração. Diferentemente da pena, que se vincula à gravidade do fato e tem limite temporal definido na sentença, a medida de segurança, desde o Código Penal de 1940, possui caráter temporal indeterminado, somente cessando mediante laudo de cessação de periculosidade obtido por avaliação psiquiátrica. Na prática, isso significa que a duração da medida não depende da gravidade do delito praticado, mas de um juízo prognóstico sobre a probabilidade de novos delitos — juízo que, segundo Vianna, as próprias ciências, em sua configuração

originária, deveriam evitar formular, por se tratar de previsão sobre eventos futuros incompatível com os parâmetros metodológicos científicos e, em geral, irrealizável na prática (VIANNA, 2012 apud SANTOS; FARIAS; PINTO, 2015).

Esse traço estrutural aproxima a medida de segurança, na prática, de uma espécie de prisão perpétua não declarada. Sujeitos sem vínculo familiar ou em situação de maior vulnerabilidade social tendem a permanecer internados por prazos muito superiores ao que corresponderia, em tese, a uma pena pelo mesmo fato, na medida em que a impossibilidade de prever com segurança a cessação da periculosidade favorece decisões judiciais mais conservadoras, no sentido da manutenção da internação (SANTOS; FARIAS; PINTO, 2015). A Nota Técnica n. 1/2024 da Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia chama atenção, ainda, para outra faceta do problema: o processo de desinstitucionalização não se encerra no ato formal de cumprimento do alvará de desinternação, mas depende do acompanhamento continuado da pessoa com transtorno mental, com suporte assistencial, articulação intersetorial, apoio comunitário e suporte familiar (RONDÔNIA, 2024), elementos cuja ausência, mais uma vez, tende a alongar artificialmente o tempo de institucionalização, não por exigência médica, mas por falta de rede de acolhimento em meio aberto.

Essa indeterminação temporal contrasta, de forma quase paradoxal, com os próprios limites que a Constituição de 1988 impôs ao poder punitivo estatal. Ao vedar expressamente a pena de morte, a prisão perpétua e o cumprimento de pena por tempo superior a trinta anos, o texto constitucional buscou prevenir a arbitrariedade no aprisionamento e impedir qualquer forma de vingança institucional ilimitada no tempo (SANTOS; FARIAS; PINTO, 2015). A medida de segurança, contudo, não foi formalmente alcançada por essa vedação: por não ser tecnicamente uma pena, ela escapa ao limite temporal constitucional, podendo, na prática, perdurar por tempo equivalente ou superior ao que a própria Constituição julgou inadmissível para os condenados imputáveis. Esse descompasso entre o tratamento constitucional da pena e o tratamento da medida de segurança é, talvez, a mais clara evidência de que a crise examinada neste capítulo não é apenas administrativa, mas também, e sobretudo, normativa.

3.3.2 O Cenário dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs)

Compreendido o processo histórico de criação dos manicômios judiciais brasileiros — examinado no item 3.1.1 a partir do Decreto n. 1.132, de 1903 —, cabe descrever, neste item, o cenário atual dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) no país. Mais de um século depois daquele marco normativo, a estrutura asilar erigida sobre a dicotomia entre o "são" e o "louco" (SHECAIRA, 2018, p. 101) ainda sustenta a rede de HCTP em funcionamento, cuja dimensão concreta os dados a seguir permitem apurar.

Os números revelam a dimensão concreta desse legado. Levantamento do Ministério Público Federal apontava, em 2011, a existência de aproximadamente 3.921 internados, distribuídos por 23 HCTP e três alas de tratamento psiquiátrico em todo o território nacional, havendo, contudo, sete estados (Acre, Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins) sem qualquer estabelecimento dessa natureza, e dois estados (Minas Gerais e Rio de Janeiro) concentrando três unidades cada (DINIZ, 2013 apud SANTOS; FARIAS; PINTO, 2015). Essa distribuição desigual já sugere que a internação em HCTP não decorre apenas da gravidade do delito ou do quadro clínico, mas também, e talvez sobretudo, de variáveis de geografia institucional e de acesso à defesa técnica, retomando, sob outro ângulo, a indeterminação temporal discutida no item anterior: onde não há HCTP no estado, a pessoa pode ter sua remoção para outro estado retardada por falta de vaga, agravando ainda mais o tempo de privação de liberdade.

A escassez de vagas e a desigual distribuição geográfica dos HCTP, descritas acima, não são fenômenos isolados, mas expressão de uma disfunção mais ampla do sistema de execução penal brasileiro como um todo. Já em agosto de 2008, um diagnóstico realizado pelo Conselho Nacional de Justiça sobre o sistema prisional revelou que, entre 310 mil processos analisados em todo o país, 24,8 mil presos já tinham direito à liberdade e outros 48 mil tinham direito a benefícios legais, como alvarás de soltura e progressão de regime, ainda não efetivados (BRASIL, 2012 apud SANTOS; FARIAS; PINTO, 2015). Se esse é o quadro para a população carcerária em geral, cujos direitos são, ao menos formalmente, mais simples de apurar, é razoável supor que o problema se agrave na população em medida de segurança, cuja análise depende de laudos psiquiátricos periódicos, equipes multiprofissionais

nem sempre disponíveis e, como visto, de critérios prognósticos sabidamente imprecisos.

3.4 Análise Comparada e Perspectivas de Reinserção

Examinada a crise das medidas de segurança no contexto brasileiro, este item desloca o eixo de análise para uma perspectiva comparada e prospectiva. Discute-se, de um lado, o modelo canadense de Review Boards, com ênfase em sua gestão técnica do risco individual e em suas taxas de internação; de outro, os desafios concretos de efetivação da Rede de Atenção Psicossocial em territórios de grande extensão geográfica, tomando Rondônia como estudo de caso ilustrativo.

3.4.1 O Modelo Canadense: Gestão Técnica e Taxas de Reincidência

O sistema canadense de Review Boards oferece um contraponto instrutivo ao modelo brasileiro de medida de segurança, sobretudo no que diz respeito à gestão técnica do caso individual. Segundo o documento institucional do Department of Justice canadense sobre o funcionamento desse sistema (CANADÁ, 2022), quando um acusado é considerado inimputável por motivo de transtorno mental (not criminally responsible on account of mental disorder, NCRMD) ou inapto para ser julgado, o caso é encaminhado a uma Junta de Revisão (Review Board), tribunal especializado presidido por um juiz ou por profissional habilitado à nomeação judicial, composto por, no mínimo, mais quatro membros, um dos quais deve ser habilitado ao exercício da psiquiatria. Essa composição mista, situada na fronteira entre o Judiciário e a saúde mental, é responsável por determinar, em cada caso, uma das três soluções previstas no Código Penal canadense: a descarga absoluta, a dispensa condicional ou a detenção sob custódia em hospital, devendo, em qualquer hipótese, optar pela medida menos onerosa e menos restritiva à liberdade do acusado.

A decisão da Suprema Corte do Canadá no caso R. v. Winko, de 1999, é o ponto de inflexão desse sistema: segundo o precedente, se o acusado não representa ameaça significativa à segurança pública, o tribunal ou a Junta de Revisão deve, obrigatoriamente, determinar a descarga absoluta, não havendo presunção de periculosidade. A restrição da liberdade do indivíduo deve fundar-se em evidência

clara de risco relevante, e não em mera suposição. Esse arranjo institui uma lógica de gestão de risco individualizada e periodicamente revisada: a Junta de Revisão é obrigada a realizar audiência anual de reavaliação, podendo, em cada uma delas, manter, abrandar ou extinguir a medida aplicada, o que contrasta com a indeterminação temporal da medida de segurança brasileira, discutida no capítulo anterior, em que a ausência de revisão periódica obrigatória e de um critério judicial tão explícito quanto o da vedação à presunção de periculosidade tende a perpetuar internações por prazos imprevisíveis.

O sistema de Review Boards trata, ainda, de uma segunda categoria de acusados com transtorno mental que não encontra paralelo direto no direito brasileiro: a dos considerados inaptos para serem julgados (*unfit to stand trial* – UST). Define-se como UST o acusado que, em razão de transtorno mental, não consegue compreender a natureza ou o objeto do processo, as suas possíveis consequências ou comunicar-se adequadamente com seu defensor. Tal como os acusados NCRMD, os UST também são encaminhados às Juntas de Revisão, mas com uma diferença relevante: nem os tribunais nem as próprias Juntas possuem competência para conceder-lhes descarga absoluta, restando apenas a dispensa condicional ou a detenção. Além disso, os tribunais devem reavaliar, a cada dois anos, se ainda subsistem provas suficientes para levar o acusado a julgamento.

Nesse contexto, a Suprema Corte, no caso *R. v. Demers*, reconheceu que a impossibilidade de descarga absoluta para o acusado permanentemente inapto e que não representa ameaça significativa violava as garantias de liberdade previstas na Carta Canadense de Direitos e Liberdades. A decisão levou à aprovação da Bill C-10, em vigor desde janeiro de 2006, autorizando a suspensão do processo quando o acusado dificilmente se tornar apto para julgamento, não representar ameaça significativa à segurança pública e a medida atender ao interesse da boa administração da justiça. A reforma, contudo, manteve a competência para a descarga absoluta restrita aos tribunais, sem estendê-la às Juntas de Revisão, demonstrando que, mesmo em um modelo frequentemente apontado como referência na gestão técnica do risco associado ao transtorno mental, a plena desjudicialização desses casos permanece um processo incompleto (CANADÁ, 2022)."

Quanto às taxas de reincidência propriamente ditas, é preciso reconhecer um limite do material consultado. O documento do Department of Justice do Canadá utilizado nesta pesquisa não disponibiliza estatística consolidada de reincidência da população NCRMD, apresentando, em vez disso, dado relativo ao tempo médio de hospitalização segundo a gravidade do delito. Um estudo realizado na Colúmbia Britânica apontou que acusados que haviam cometido homicídio permaneceram hospitalizados, em média, 1.165 dias antes da liberação, ante uma média de apenas 48 dias para os acusados de furto (LIVINGSTON et al., 2003 apud CANADA, 2022). Essa correlação sugere que, mesmo em um sistema fundado na individualização do risco, a gravidade do delito praticado continua a influenciar, na prática, o tempo de internação, indício de que a gestão técnica do caso não elimina por completo a lógica retributiva, ainda que a module por meio de garantias processuais, como a revisão periódica e a vedação à presunção de periculosidade, ausentes do modelo brasileiro. A ausência de dados de reincidência no documento consultado é registrada aqui como limitação da pesquisa, a ser eventualmente suprida por estudos futuros dedicados especificamente a esse indicador.

3.4.2 O Desafio da Dupla Exclusão e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

O desafio da dupla exclusão enfrentado pela pessoa com transtorno mental em conflito com a lei pode ser compreendido à luz do Labelling Approach, ou Teoria do Etiquetamento, também tratado por Shecaira (2018, p. 61) ao discutir os efeitos estigmatizantes do controle social formal. Para essa perspectiva, as instâncias estatais de controle não apenas identificam o desviante: elas o constituem como tal ao atribuir-lhe um rótulo que passa a orientar, simultaneamente, a forma como a sociedade o percebe e a forma como o próprio sujeito passa a se perceber, fenômeno que tende a consolidar, e não a corrigir, a trajetória de afastamento do convívio social. No caso da pessoa em medida de segurança, esse processo de etiquetamento ocorre em dupla camada: o sistema de justiça atribui-lhe o rótulo de criminoso, e a psiquiatria forense, simultaneamente, o de louco, uma sobreposição que torna particularmente difícil qualquer estratégia de reinserção, pois a pessoa precisa superar, ao mesmo tempo, o estigma da periculosidade penal e o estigma da loucura.

Romper essa dupla etiquetagem é precisamente a função que a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) buscam desempenhar na arquitetura da Política Antimanicomial do Poder Judiciário. O PTS, definido pela própria Resolução CNJ n. 487/2023 como o conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e centrado na singularidade da pessoa em tratamento, tem por objetivo substituir o rótulo genérico de “louco-criminoso” por um plano de cuidado nominal, territorializado e revisável (CNJ, 2023). Sua efetivação, contudo, depende da capilaridade da Raps em cada território, e é exatamente aí que residem os limites mais visíveis da política fora dos grandes centros urbanos.

O caso de Rondônia ilustra, com particular nitidez, os limites da política antimanicomial fora dos grandes centros urbanos. Segundo a Nota Técnica n. 1/2024 da Secretaria de Estado da Saúde, o estado contabilizava, em dezembro de 2023, 14.569 pessoas privadas de liberdade, das quais apenas treze cumpriam medida de segurança em regime de internação e onze em tratamento ambulatorial (RONDÔNIA, 2024).

Tomados isoladamente, esses números poderiam sugerir um problema de escala reduzida. Ocultam, no entanto, uma dificuldade estrutural mais profunda: a rede estadual de saúde mental organiza-se em apenas duas macrorregiões de atenção, com leitos de psiquiatria habilitados concentrados exclusivamente em Ji-Paraná e Vilhena (RONDÔNIA, 2024).

Em um estado de dimensões amazônicas, marcado por distâncias intermunicipais significativas, essa concentração obriga pessoas em crise de saúde mental custodiadas em localidades mais remotas a depender de remoção inter-regional para acessar atendimento especializado. A promessa antimanicomial de tratamento territorializado — concebido no território onde a pessoa vive, e não em instituição distante de sua rede familiar e comunitária — depara-se, na prática, com um obstáculo logístico que nenhuma resolução normativa é capaz, por si só, de superar.

Essa limitação de infraestrutura não é exclusiva de Rondônia, mas reflete um desenho nacional do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial que classifica os serviços hospitalares de referência por porte, pequeno, médio, grande e

especial, conforme o número de leitos disponíveis (RONDÔNIA, 2024). Em estados de grande extensão territorial, essa classificação tende a concentrar os leitos de maior complexidade em poucos municípios-polo, de modo que o fluxo de atendimento à crise de saúde mental da pessoa custodiada, que, segundo o documento técnico examinado, deve passar pela Central de Regulação de Urgências e Emergências antes de alcançar um leito psiquiátrico habilitado, pode demandar deslocamentos inter-regionais significativos, mesmo quando a urgência do quadro clínico recomendaria atendimento imediato (RONDÔNIA, 2024). A política antimanicomial, nesse sentido, não compete apenas com a inércia institucional, mas também com a geografia: sem investimento em leitos e equipes descentralizados, a promessa de tratamento territorializado corre o risco de permanecer uma aspiração normativa, e não uma prática efetivamente disponível a quem dela precisa, onde quer que viva. Superar a dupla exclusão da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei depende, portanto, não apenas de uma mudança normativa de paradigma, já razoavelmente consolidada após a Resolução CNJ n. 487/2023, mas da capacidade concreta de cada território de oferecer, no dia a dia, a rede de cuidado em meio aberto que a própria política pressupõe.

4. CONCLUSÃO

Este artigo partiu da indagação sobre em que medida a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, instituída pela Resolução CNJ n. 487/2023, vem contribuindo para a efetiva superação do modelo manicomial judiciário no Brasil. A trajetória percorrida ao longo dos capítulos anteriores autoriza uma resposta matizada: a política constitui, sem dúvida, o marco normativo mais avançado já produzido nesse campo, mas sua efetivação concreta permanece condicionada a obstáculos estruturais que extrapolam o âmbito estritamente jurídico.

Quanto ao primeiro objetivo específico, demonstrou-se que a categoria de inimputabilidade, do Código Penal de 1830 ao Código de 1940, nunca foi neutra: nasceu atrelada ao conceito positivista de temibilidade, que historicamente deslocou o eixo do sistema penal da culpa pelo fato para o diagnóstico e o prognóstico de risco do agente — inversão que a dignidade da pessoa humana, fundamento da República, busca, ao menos no plano normativo, reverter.

Quanto ao segundo objetivo específico, evidenciou-se que a Lei n. 10.216/2001 não bastou, por si só, para alterar a prática judicial: passadas mais de duas décadas de sua promulgação, as internações continuaram sendo mais frequentemente preconizadas do que o tratamento ambulatorial. Somente a Resolução CNJ n. 487/2023 introduziu prazos objetivos capazes de converter o princípio antimanicomial em obrigação concreta para o Judiciário — processo que, no entanto, permanece em curso, e ainda não consolidado.

Quanto ao terceiro objetivo específico, a crise das medidas de segurança revelou-se mais profunda do que simples insuficiência de vagas ou de pessoal técnico: a indeterminação temporal da medida converte a internação em uma espécie de prisão perpétua não declarada, com efeitos já documentados sobre a dignidade e a saúde mental das pessoas internadas. A análise comparada com o sistema canadense de Review Boards, somada ao exame do cenário de Rondônia, confirmou que a superação do modelo manicomial judiciário depende não apenas de normas, mas de arquitetura institucional concreta — equipes técnicas, leitos territorializados, fluxos de regulação entre o sistema prisional e a rede de saúde. Na ausência dessa arquitetura, a dupla exclusão que pesa sobre a pessoa simultaneamente rotulada como criminoso e como louco tende a se reproduzir, ainda que sob nova vestimenta normativa.

Confirma-se, assim, a hipótese de que orientou esta pesquisa: a despeito do avanço normativo consolidado, a efetivação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário permanece condicionada a fatores extrajurídicos, sobretudo à estruturação de redes territoriais de saúde mental. Conclui-se, portanto, que a política representa ruptura paradigmática necessária, mas não suficiente. Entre o cárcere e o hospital psiquiátrico, a justiça devida à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei não se realiza por decreto: depende da tradução cotidiana, em cada território, dos princípios que a Resolução CNJ n. 487/2023 já consagrou no plano normativo. Recomenda-se, nesse sentido, que estudos futuros acompanhem empiricamente a implementação da política em estados que, como Rondônia, concentram menor densidade de serviços especializados, verificando se os prazos fixados pelo CNJ se traduzirão, na prática, em rede de cuidado efetivamente substitutiva aos HCTP, e não apenas em seu fechamento formal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Código Penal. Brasília, DF: Presidência da República, 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 15 maio 2026.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 15 maio 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023.** Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei nº 10.216/2001 no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Brasília, DF: CNJ, 2023. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4960>. Acesso em: 2 jun. 2026.

CANADÁ. Department of Justice. **Os sistemas de conselhos de revisão no Canadá: uma visão geral dos resultados do estudo de coleta de dados sobre acusados com transtornos mentais.** Ottawa: Government of Canada, 2022. Disponível em: https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/csj-sjc/jsp-sjp/rr06_1/p1.html. Acesso em: 2 jun. 2026.

CARDOSO, Clodoaldo Meneguello. **Arcaicos tempos modernos e os direitos humanos.** Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos, Bauru, v. 11, n. 2, p. 7-12, 2023. Disponível em: <https://ridh.faac.unesp.br/index.php/ridh/article/view/262>. Acesso em: 20 jun. 2026.

CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO (CEBRAP). **Saúde mental e medida de segurança: relatório de pesquisa nacional.** São Paulo: CEBRAP, 2011.

FERRARINI, Luigi Giuseppe Barbieri; DIORIO, Marcela V.; SHECAIRA, Sérgio Salomão. **Isolamento carcerário e saúde mental.** In: ALMEIDA, Bruno Rotta; PIMENTEL, Elaine; CACICEDO, Patrick (Org.). Saúde e mortalidade no sistema penal, v. 1. São Paulo: Tirant lo Blanch, 2023. p. 281-302. Disponível em: https://editorial.tirant.com/free_ebooks/E000020005732.pdf. Acesso em: 20 jun. 2026.

FERREIRA NETO, João Leite. **A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses.** Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v. 30, n. 2, p. 390-403, abr./jun. 2010.

RONDÔNIA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Atenção Psicossocial e Políticas sobre Drogas. **Nota Técnica nº 1/2024 -**

NSMAMS/GAMULT/CAPPSD/SDTECS/SESAU: recomendação sobre o tratamento da pessoa privada de liberdade em atenção à crise de saúde mental com ou sem determinação judicial no Estado de Rondônia. Porto Velho: SESAU, 2024.

SANTOS, Ana Luiza Gonçalves dos; FARIAS, Francisco Ramos de; PINTO, Diana de Souza. **Por uma sociedade sem hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1215-1230, out./dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/gJ9qpL4J9wvTHfcFZdqBqXM/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

SHECAIRA, Sérgio Salomão. **Criminologia.** 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2018.