

## NOTA TÉCNICA Nº 33 - DPGU/DNDH

Em 12 de abril de 2024.

Assunto: **Alterações na Política Antimanicomial no âmbito da justiça criminal - retrocesso e violação de direitos humanos**

**A DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO**, instituição essencial à função jurisdicional do Estado, a quem incumbe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, dos necessitados, vem, **por meio da Defensora Nacional de Direitos Humanos** abaixo subscrita, divulga **NOTA TÉCNICA** em contraposição às proposições legislativas para alteração do modelo de tratamento de pessoas com deficiência mental no âmbito penal.

### I. INTRODUÇÃO

A elaboração da presente Nota Técnica está amparada em procedimento de instrução aberto a partir do recebimento de e-mail que veiculou Carta assinada por 619 organizações da sociedade civil. As instituições, representantes da Luta Antimanicomial, se manifestam pelo arquivamento do PL 551/2024, que visa alterar a Lei n.º 10.216 de abril de 2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Nesta breve exposição, a Defensoria Nacional de Direitos Humanos busca demonstrar em que medida o PL 551/2024 ofende dispositivos da Lei 10.216/2001 e representa uma tentativa de desmonte à Política Pública Antimanicomial no Brasil.

### II. O TRATAMENTO SOCIAL E PENAL DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MENTAL

A concepção de "loucura" sofreu diversas mudanças ao longo dos séculos, estando diretamente relacionada a cada contexto histórico, cultural e social, de modo que se trata de uma construção político-social a respeito de um comportamento indesejável. Em especial, a partir do século XIX, a loucura passou a ser concebida como doença, objeto de conhecimento e de intervenção médico-social. A partir de então, passa a ser defendida a existência de instituições manicomiais como modalidade terapêutica eficaz, que institui um regime de disciplina de comportamentos indesejáveis à sociedade<sup>[1]</sup>.

O modelo médico manicomial tem por objetivo a utilização de métodos que corrijam uma "anormalidade". Para tanto, atribui à instituição hospitalar a responsabilidade de eliminar os sintomas da desordem psíquica através de um tratamento restrito ao interior dos grandes hospícios, com internação prolongada e manutenção da segregação do internado ao espaço familiar e social. O modelo prevê como métodos a utilização de recursos que vão desde a administração de medicamentos, até a aplicação de estímulos elétricos ou o uso de procedimentos cirúrgicos<sup>[2]</sup>.

No Brasil, a partir da promulgação da Lei Federal de Assistência aos Alienados em 1912, observou-se a solidificação de uma estrutura manicomial, com o aumento significativo do número de estabelecimentos destinados às pessoas em sofrimento psíquico. A instituição dos manicomios se fortaleceu ainda mais com o Decreto 24.559 de 1934, que instituiu a segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais, e estabeleceu o Hospital Psiquiátrico como única alternativa de tratamento àqueles em sofrimento psíquico<sup>[3]</sup>.

No âmbito penal, a solução político-criminal voltada às pessoas com deficiência mental que cometem infração penal consiste na intervenção estatal sobre a liberdade do indivíduo tido como inimputável. Essa intervenção se dá através da absolvição imprópria com a aplicação de medida de segurança, à qual se atribui a função declarada de realização de tratamento.

Conforme previsão do art. 97 do Código Penal, existem duas espécies de medida de segurança: internação e tratamento ambulatorial. O juiz, ao verificar que se trata de pessoa inimputável, determinará a internação, podendo submetê-la a tratamento ambulatorial caso o crime seja punível com detenção. A legislação prevê que a internação terá prazo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada a cessação da periculosidade, que será atestada por perícia médica. Acerca do cumprimento, este se dará nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos (HC-TPs), conhecidos como "manicomios judiciais".

Importante registrar que as pessoas consideradas inimputáveis não são condenadas criminalmente e não estão sujeitas ao cumprimento de pena. A finalidade da medida de segurança, que não se confunde com a finalidade da pena, consiste na imposição de tratamento especial às pessoas com deficiência mental que cometem crimes, de modo a evitar novas ações ilícitas. Assinalar a diferença entre os institutos constitui esforço histórico para ser desconstruído o estereótipo "louco-criminoso-perigoso", fundante de políticas públicas que se limitam a uma pauta excludente.

### III. REFORMA PSIQUIÁTRICA E IMPACTOS NA POLÍTICA CRIMINAL

Influenciado pela Reforma Psiquiátrica Italiana (Lei 180 de 1978), o movimento antimanicomial surge a partir do final dos anos 1970, quando muitas organizações ligadas à saúde denunciam abusos cometidos em instituições psiquiátricas e reivindicam uma reforma psiquiátrica no Brasil. Trata-se de um movimento político-social que visa transformar o modelo de tratamento de pessoas com transtornos mentais, contrapondo-se ao modelo médico manicomial<sup>[4]</sup>.

A Luta Antimanicomial propõe a substituição dos manicomios por tratamentos que envolvem serviços de saúde mental comunitário, baseados no respeito à dignidade, a inclusão social e a autonomia das pessoas com transtornos mentais. Defende a instituição de um modelo capaz de abranger o acesso a atendimentos psicológicos, atividades alternativas de lazer, e tratamentos menos invasivos. O movimento também consiste no encorajamento do exercício da

cidanaria, fortalecimento de vínculos familiares e sociais, rechaçando qualquer forma de isolamento.

Uma das principais conquistas da Luta Antimanicomial, impulsionadas pela condenação do Brasil no Caso Damião Ximenes Lopes pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, foi a aprovação da [Lei 10.216 de 2001](#), conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que estabeleceu diretrizes para a reorganização do sistema de saúde mental no país.

A Lei se funda no modelo biopsicossocial, que conjuga atendimentos médicos com acompanhamento por serviço social, psicologia e outras ciências, prevê a criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), unidades de acolhimento, leitos em hospitais gerais e outras estruturas de cuidado comunitário. Nesse sentido, é assegurado um rol de direitos às pessoas em sofrimento psicológico, que deve ser observado nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza:

*Art. 2.º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.*

*Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:*

*I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;*

*II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;*

*III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;*

*IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;*

*V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;*

*VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;*

*VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;*

*VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;*

*IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.*

Em relação à forma de tratamento, a [Lei n.º 10.216/2001](#) estabelece, como regra, o atendimento em liberdade e a utilização de recursos extra-hospitalares. A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize seus motivos, impondo a excepcionalidade da privação da liberdade da pessoa submetida a tratamento:

*Art. 4.º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.*

*Art. 6.º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.*

*Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:*

*I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;*

*II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e*

*III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.*

Diante da impossibilidade de se admitir tratamento diverso às pessoas com deficiência mental que estão em conflito com a lei penal, a entrada em vigor da Lei 10.216/2001 impôs uma releitura ao modelo de atendimentos terapêuticos estabelecido no âmbito penal. Assim, por meio da Resolução n.º 5/2004 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) são aprovadas diretrizes visando adequar as medidas de segurança às disposições da Lei 10.216/2001<sup>[5]</sup>.

A fim de reiterar a excepcionalidade da internação, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por meio da Resolução 113/2010, que trata do procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, dispõe que o juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível, buscará implementar políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei 10.216 de 2001<sup>[6]</sup>.

Observa-se, portanto, que nas últimas décadas houve um esforço conjunto das instituições do sistema de justiça bem como das organizações pertencentes ao Movimento Antimanicomial para ser implementada uma política pública pautada em princípios que orientam o tratamento adequado às pessoas com deficiência mental, em especial àquelas submetidas às medidas de segurança. Ainda assim, é notório que, apesar dos avanços legislativos, a luta antimanicomial ainda enfrenta imensos desafios, como a resistência de parte da sociedade e de profissionais da saúde mental em adotar o novo modelo de atendimento, além da falta de investimento adequado em serviços comunitários e da persistência de práticas institucionais violadoras de direitos.

A dificuldade de implementação da Lei 10.216 no âmbito do cumprimento da medida de segurança é demonstrada no Relatório de Inspeções aos Manicômios<sup>[7]</sup>, realizado em 2015 pela OAB e o Conselho Federal de Psicologia, que teve por objetivo denunciar a cruel realidade desses estabelecimentos, a partir de inspeção em 22 (vinte e dois) manicômios judiciais em 18 (dezoito) unidades da federação. Foi concluído que as instituições inspecionadas mantêm privadas de quaisquer direitos um número desconhecido de pessoas com deficiência mental.

O Relatório constatou a total inadequação dessas instituições para o atendimento das funções que lhe são atribuídas pela legislação, a falta de transparência de seus gestores com as informações sobre a situação dos pacientes internados, e o consequente abandono do tratamento das pessoas internadas. Apenas no estado do Maranhão a Secretaria de Saúde é responsável pela gestão de um dos hospitais psiquiátricos, sendo que nos demais estados a gestão é mantida pelas administrações afetas à Segurança Pública, o que demonstra a permanência na utilização da medida de segurança como forma de punição. O Relatório também apontou o uso de "taser" com pacientes em crise, relatos explícitos de maus tratos por parte dos agentes penitenciários e condições degradantes e insalubres dos ambientes.

Diante do cenário de violações, o CNJ aprovou a Resolução 487 de 2023, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece

procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD)<sup>[8]</sup> e a Lei n.º 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. A norma estabelece a excepcionalidade da medida de internação provisória, oportunidades de reencontro da pessoa com sua comunidade e família, atividades em meio aberto, e a vedação à exclusão do mundo do trabalho.

Destaca-se a previsão da "desinstitucionalização" (arts. 16 a 18), responsável pela previsão de medidas que possibilitam, progressivamente, a interdição total e o fechamento dos manicômios judiciais. Os dispositivos exigem que a autoridade judicial competente para a execução penal determine a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) com vistas à alta planejada e à reabilitação psicossocial assistida em meio aberto a todos os pacientes em cumprimento de medida de segurança ou inseridos em Hospitais de Custódia e Tratamento Psíquico ou instituições congêneres.

*Art. 16. No prazo de até 6 (seis) meses, contados a partir da entrada em vigor desta Resolução, a autoridade judicial competente revisará os processos a fim de avaliar a possibilidade de extinção da medida em curso, progressão para tratamento ambulatorial em meio aberto ou transferência para estabelecimento de saúde adequado, nos casos relativos:*

*I – à execução de medida de segurança que estejam sendo cumpridas em HCTPs, em instituições congêneres ou unidades prisionais;*

*II – a pessoas que permaneçam nesses estabelecimentos, apesar da extinção da medida ou da existência de ordem de desinternação condicional; e*

*III – a pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial que estejam em prisão processual ou cumprimento de pena em unidades prisionais, delegacias de polícia ou estabelecimentos congêneres. Parágrafo único. Para fins do disposto no caput, o Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial previsto no art. 20, VI, e as equipes conectadoras ou multidisciplinares qualificadas apoiarão as ações permanentes de desinstitucionalização.*

*Art. 17. Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, a autoridade judicial competente para a execução penal determinará a elaboração, no prazo de 12 (doze) meses contados da entrada em vigor desta Resolução, de PTS para todos os pacientes em medida de segurança que ainda estiverem internados em HCTP, em instituições congêneres ou unidades prisionais, com vistas à alta planejada e à reabilitação psicossocial assistida em meio aberto, a serem apresentadas no processo ou em audiência judicial que conte com a participação de representantes das entidades envolvidas nos PTSs.*

*Art. 18. No prazo de 6 (seis) meses contados da publicação desta Resolução, a autoridade judicial competente determinará a interdição parcial de estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, com proibição de novas internações em suas dependências e, em até 12 (doze) meses a partir da entrada em vigor desta Resolução, a interdição total e o fechamento dessas instituições.*

A Resolução prevê, ainda, o prazo de 06 (seis) meses contados de sua publicação (15/02/2023) para a determinação da interdição parcial, e de 12 (doze) meses para a interdição total dos estabelecimentos, alas ou instituições de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, com a proibição de novas internações em suas dependências. O prazo, que acabaria em maio de 2024, foi estendido pelo CNJ por mais 03 (três) meses para que os tribunais cumpram a política antimanicomial.

A extensão do prazo pelo Conselho Nacional de Justiça em mais três meses evidencia a necessidade de um maior compromisso com a efetivação dessa política e a necessidade de adequação dos tribunais para garantir a proteção dos direitos dos pacientes psiquiátricos.

#### IV. O PROJETO DE LEI 551/2024

Não obstante o cenário de violações de direitos, evidenciado, em 5 de março de 2024 foi apresentado o Projeto de Lei 551/24, de relatoria do deputado federal Carlos Jordy, na Câmara Federal dos Deputados. O PL propõe a alteração da Lei 10.216 de 2001, para dispor sobre a internação compulsória de pessoas com transtornos mentais em cumprimento de penas e medidas de segurança.

As alterações propostas consistem na exigência de internação compulsória das pessoas que forem condenadas ao cumprimento de pena ou de medida de segurança e possuam algum transtorno mental. A **duração da internação, segundo previsão do PL 551/24, deverá ser determinada pelo médico acompanhante**, mediante laudo que esclareça o perfil de acompanhamento esperado do paciente de acordo com o diagnóstico definido; as possibilidades de tratamento, bem como os parâmetros para uma liberação e reintegração social seguras.

Em relação aos estabelecimentos de saúde responsáveis pelo fornecimento do serviço de atenção médica à saúde mental, o PL prevê que devem dispor, obrigatoriamente, de setores e alas que possam individualizar a internação de pacientes de maior periculosidade e daqueles que estejam em cumprimento de penas ou medidas de segurança, com instalações e equipamentos que os mantenham separados dos demais pacientes.

Prevê ainda a possibilidade de o Poder Público disponibilizar serviços de saúde mental em unidades exclusivas para o tratamento de transtornos mentais. Caso o tratamento seja realizado em unidades de saúde gerais devem dispor de setores que possam albergar pacientes de maior periculosidade, de forma isolada e sem comunicação com os demais setores do serviço de saúde, conforme estabelecido nos dispositivos:

*Altera a Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, para dispor sobre a internação compulsória de pessoas com transtornos mentais em cumprimento de penas e medida de segurança. O Congresso Nacional decreta: Art. 1.º O art. 9.º da Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, passa a vigorar acrescido dos §§1.º, 2.º, 3.º e 4.º seguintes:*

*Art. 9.º.....*

*§1º As pessoas que forem condenadas ao cumprimento de pena ou de medida de segurança, acometidas de algum transtorno mental que, a critério médico, represente perigos para terceiros, serão internadas compulsoriamente, nos termos do caput deste artigo.*

*§2º Os estabelecimentos de saúde que forneçam serviços de atenção à saúde mental disporão, obrigatoriamente, de setores e alas que possam individualizar a internação de pacientes de maior periculosidade e daqueles que estejam em cumprimento de penas ou medidas de segurança, com instalações e equipamentos que os mantenham separados dos demais pacientes, e que disponham de estratégias efetivas de contenção, caso necessário.*

*§3º O Poder Público poderá disponibilizar os serviços de saúde mental em unidades de saúde exclusivas para o tratamento de transtornos mentais, ou em unidades de saúde gerais que disponibilizem atenção multidisciplinar, desde que possuam setores que possam albergar pacientes de maior periculosidade contra terceiros de forma isolada e sem comunicação com os demais setores do serviço de saúde*

*§4º A necessidade de internação compulsória dos pacientes com transtornos mentais que foram condenados ao cumprimento de penas ou de*

*medidas de segurança terá seu prazo de duração determinado pelo médico acompanhante, mediante laudo que esclareça o perfil de comportamento esperado do paciente, de acordo com o diagnóstico definido, as possibilidades de tratamento e os parâmetros para que possa ser considerada segura a sua liberação para a reintegração social.*

*(NR)" Art. 2º A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 9º-A: "Art. 9º-A O disposto no artigo 9º desta Lei não impede à autoridade judiciária competente determinar o cumprimento de medida internação compulsória, de caráter preventivo ou definitivo, em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou outra instituição congênere, sempre que as unidades de atendimento à saúde gerais ou exclusivas ofertadas pelo Poder Público não oferecerem as condições de segurança exigidas à proteção dos demais pacientes, dos profissionais da saúde em atuação no local e da população em geral, especialmente quanto ao risco de fuga."*

*Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação*

Atualmente também tramita na Câmara dos Deputados o PDL 81/23, apresentado ao Plenário pelo Deputado Kim Kataguiri, em 21/03/2024, prevendo a sustação da aplicação da Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça, sob a justificativa de que a Resolução extrapolou o poder regulamentar e invadiu a seara do Poder Legislativo ao inovar na ordem jurídica.

A proposta trazida pelo PL 551/2024, bem como pelo PDL 81/23 evidenciam a tentativa de desmonte da Política Antimanicomial, em especial como uma forma de reação ao processo de desinstitucionalização dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, medida prevista pela Resolução 487 do CNJ, de modo que seu objetivo é a manutenção de um modelo pautado na internação, isolamento e violação de direitos das pessoas submetidas às medidas de segurança.

### **III. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No Brasil, desde o início do século XX, as políticas públicas voltadas às pessoas com transtornos mentais são marcadas pela estigmatização da "anormalidade" como doença e a imposição de tratamento amparado no modelo médico manicomial, que tem por características o isolamento social e aplicação de procedimentos invasivos. Sua institucionalização se deu a partir da proliferação dos Hospitais Psiquiátricos por todo o país, concebidos como única forma de tratamento.

Em relação à política criminal voltada a este público, influenciada pelo tratamento dado às pessoas com transtornos mentais, esta se pautou na restrição da liberdade da pessoa através da imposição de medida de segurança, a ser cumprida nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs).

A promulgação da Lei 10.216 de 2001, fruto dos esforços da Luta Antimanicomial, instituiu um novo paradigma de tratamento às pessoas com transtornos mentais, impondo a necessidade de observância de direitos também à esfera penal, no cumprimento das medidas de segurança. Foi observada, nas últimas décadas, marcos normativos importantes promovidos pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), bem como pelo Conselho Nacional de Justiça, a fim de adequar o Poder Judiciário aos princípios trazidos pela Lei 10.216 de 2001.

Apesar dos avanços legislativos na tentativa de adequação dos HCTPs às normas que atendem adequadamente os direitos das pessoas com transtorno mental, pesquisas mostram que os manicômios judiciais ainda representam a institucionalização de uma política pública que viola direitos humanos, de forma reiterada, e em total descumprimento às normas previstas na Lei da Reforma Psiquiátrica.

Em observância a este estado de coisas, o Conselho Nacional de Justiça publicou a Resolução 487 de 2023, que institui a Política Antimanicomial no Poder Judiciário e impõe a desinstitucionalização dos HCTPs, estabelecendo um prazo para a interdição total dos estabelecimentos e a proibição de novas internações em suas dependências. Trata-se de medida que observa a necessidade de inclusão social de pessoas com transtorno mental, contrapondo-se a permanência destas em condições insalubres, ilegais e descompromissadas com seu tratamento de saúde.

Em oposição ao esforço legislativo e do Poder Judiciário de implementação da Política Antimanicomial, observa-se a proposição do PL 551/2024 e do PDL 81/2023, que se insurgem como reação ao processo de desinstitucionalização e interdição dos HCTPs, na tentativa de manutenção de um quadro violador de direitos humanos. Conforme demonstrado, as alterações legislativas propostas descharacterizam completamente os princípios previstos na Lei 10.216/2001, já que tem por objetivo mero desmonte da política pública com previsão de manutenção dos HCTPs e de tratamento amparado pelo modelo médico manicomial.

Diante do exposto, esta Defensoria Nacional de Direitos Humanos entende pela necessidade de adoção de algumas medidas que devem ser implementadas de forma coordenada com o objetivo de fortalecer a resistência e a mobilização em defesa da Política Antimanicomial e dos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico, contribuindo para garantir a preservação dos avanços conquistados pela Lei da Reforma Psiquiátrica bem como da Resolução 487 de 2023.

1. Entre as medidas necessárias, considera-se necessária a produção de pareceres técnicos robustos, respaldados por especialistas em saúde mental, direito e políticas públicas. Esses pareceres devem destacar os impactos negativos das alterações propostas pelo PL 551/2024, especialmente no que diz respeito aos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico. Argumentos embasados em evidências científicas e jurídicas são essenciais para subsidiar o debate público e influenciar a tomada de decisão dos legisladores.

2. Considera-se indispensável articulação junto ao Conselho Nacional de Saúde, a fim de buscar apoio e manifestações contrárias ao PL 551/2024 por parte do Conselho.

3. No âmbito extrajudicial, é fundamental organizar campanhas de conscientização para mobilização da sociedade civil, profissionais da saúde e autoridades públicas em torno da defesa da Política Antimanicomial e dos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico, destacando o risco das intervenções compulsórias e da manutenção dos manicômios judiciais, bem como a importância da abordagem comunitária no cuidado em saúde mental.

4. Ainda, deve-se promover diálogo e realização de audiências públicas com autoridades competentes, como parlamentares, representantes do Ministério da Saúde e do Poder Judiciário a fim de sensibilizá-los para a importância da preservação dos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico.

Em conclusão, as políticas públicas relacionadas ao tratamento de pessoas em sofrimento psíquico no Brasil passaram por transformações

significativas. A Lei 10.216 de 2001 introduziu um novo paradigma de tratamento, garantindo direitos também na esfera penal. No entanto, os manicômios judiciais ainda persistem como uma violação dos direitos humanos. A Resolução 487 de 2023 busca desinstitucionalizar esses hospitais, mas propostas legislativas recentes ameaçam retroceder nesse progresso. A resistência é fundamental para preservar os avanços conquistados e fortalecer a Política Antimanicomial.

## CAROLINA SOARES CASTELLIANO LUCENA DE CASTRO

Defensora Pública Federal

Defensora Nacional de Direitos Humanos

---

[1] Disponível em <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/1797/1067>. Acesso em 10/04/2024

[2] <https://www.scielo.br/j/tce/a/Nqmhpjwx99tRHMv6R8HLCc/?format=pdf&lang=pt>

[3] Disponível em <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5675/000518369.pdf> Acesso em 10/04/2024

[4] Disponível em <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2009.v14n1/297-305/pt> . Acesso em 10/04/2024

[5] Disponível em <https://www.gov.br/senappn/pt-br/pt-br/composicao/cnpcp/resolucoes/2004/resolucaono05de04demaiode2004.pdf>. Acesso em 03/04/2024.

[6] Art. 17 da Resolução 113 do CNJ. Disponível em <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/136>. Acesso em 03/04/2024

[7] Disponível em [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/12/CFP\\_Livro\\_InspManicomios\\_web1.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/12/CFP_Livro_InspManicomios_web1.pdf) . Acesso em 11/04/2024

[8] Em 2008 o Brasil ratificou a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, comprometendo-se em proteger e assegurar o desfrute pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por parte de todas as pessoas com deficiência, e promover o respeito pela sua inerente dignidade. O texto da Convenção garante os diferentes tipos de direitos às pessoas com deficiência, que abrangem direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e internacionais.



Documento assinado eletronicamente por **Carolina Soares Castelliano Lucena de Castro, Defensora Nacional de Direitos Humanos**, em 14/05/2024, às 16:12, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site [http://www.dpu.def.br/sei/conferir\\_documento\\_dpu.html](http://www.dpu.def.br/sei/conferir_documento_dpu.html) informando o código verificador **7028935** e o código CRC **235B60DA**.