

# A LEI ANTIMANICOMIAL: UM MODELO REVOLUCIONÁRIO DE SAÚDE MENTAL

THE ANTI-ASYLUM LAW: A REVOLUTIONARY MENTAL HEALTH MODEL

**Juarez Cirino dos Santos**

Professor de Direito Penal da UFPR. Presidente do Instituto de Criminologia e Política Criminal. Advogado.

Link Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3590883518608901>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5135-523X>

[juarezcirinodossantos@gmail.com](mailto:juarezcirinodossantos@gmail.com)

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10186062>

**Resumo:** A Lei 10.216/01 instituiu novo modelo de saúde mental no Brasil, reconhecendo direitos revolucionários aos portadores de transtorno mental, a designação atual da antiga doença mental. A chamada lei antimanicomial revogou as medidas de segurança e extinguiu o conceito de perigosidade criminal, porque é incompatível com a lei anterior e porque regulou inteiramente a matéria daquela. A edição da Res/CNJ 487/2023 instituiu a nova Política Antimanicomial do Poder Judiciário e encerrou o período catatônico de uma lei plena de sabedoria humanista: o direito à saúde integral em ambiente terapêutico não asilar, com os meios menos invasivos e a proibição de isolamento compulsório ou de alojamento impróprio para portadores de transtorno mental ou de deficiência psicossocial. A responsabilidade do Estado pela política de saúde mental está subordinada a três regras: a internação psiquiátrica pressupõe insuficiência de recursos extra-hospitalares, portadores de transtorno mental não podem ser internados em instituições asilares e toda internação psiquiátrica depende de laudo médico circunstanciado, com indicação dos motivos da internação. A regra básica do sistema é o tratamento ambulatorial, mediante interlocução judicial com as equipes de saúde para reavaliações, reversão para tratamento em liberdade ou extinção do tratamento. A decisão judicial de internação garante direitos dos acusados, mas é condicionada pela avaliação multidisciplinar da equipe biopsicossocial competente.

**Palavras-chave:** Política antimanicomial; Transtorno mental; Avaliação multidisciplinar; Equipe biopsicossocial; Tratamento ambulatorial.

**Abstract:** Law 10.216/01 established a new model of mental health in Brazil, recognizing revolutionary rights for people with mental disorders, the current designation of the former mental illness. The so-called Anti-Asylum Law revoked security measures and extinguished the concept of criminal danger, because it is incompatible with the previous law and because it entirely regulated its subject matter. The edition of Res/CNJ 487/2023, instituted the new Anti-Asylum Policy of the Judiciary and ended the catatonic period of a law full of humanist wisdom: the right to comprehensive health in a non-asylum therapeutic environment, with the least invasive means and prohibition of compulsory isolation or inappropriate accommodation for people with mental disorders or psychosocial disabilities. The State's responsibility for mental health policy is subject to three rules: psychiatric hospitalization presupposes insufficient extra-hospital resources, people with mental disorders cannot be admitted to nursing homes, and all psychiatric hospitalization depends on a detailed medical report, indicating the reasons for hospitalization. The basic rule of the system is outpatient treatment, through judicial dialogue with health teams for reassessment, reversion to free treatment or termination of treatment. The judicial decision of hospitalization guarantees the rights of the mental disorders but is conditioned by the multidisciplinary assessment of the competent biopsychosocial team.

**Keywords:** Anti-asylum policy; Mental disorder; Multidisciplinary assessment; Biopsychosocial team; Outpatient treatment.

## 1. Introdução

A Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, instituiu um dos mais avançados modelos de saúde mental do mundo ocidental, ao definir os direitos das pessoas portadoras de **transtornos mentais**, bem como os deveres do Estado pela implementação da nova política de saúde mental, mediante ações concretas de assistência e promoção da saúde psíquica do portador de transtorno mental, em

estabelecimentos psiquiátricos com características *não asilares*, tudo em conjunto com a sociedade e a família do paciente (Cirino dos Santos, 2022, p. 656-670). O simples enunciado de alguns dos principais direitos do portador de *transtorno mental* (a moderna designação da antiga *doença mental*) é suficiente para avaliar a natureza revolucionária do novo modelo — por exemplo, os direitos (i) de *acesso ao melhor tratamento* do sistema de saúde, (ii) de

tratamento com *humanidade e respeito*, no interesse exclusivo do portador de transtorno mental, mediante inserção na família, no trabalho e na comunidade, (iii) de *proteção* contra qualquer abuso e exploração, (iv) de esclarecimento médico sobre a *necessidade* de internação involuntária, (v) de máxima informação sobre a *doença* e o *tratamento*, (vi) de ambiente *terapêutico de tratamento*, com os meios *menos invasivos* possíveis, (vii) de tratamento preferencial em *serviços comunitários de saúde mental* etc. (Art. 2º, Lei 10.216/2001).

## 2. Mudanças legais no quadro jurídico institucional

### 2.1. Critérios de validade de leis penais no tempo

Resistências institucionais inexplicáveis determinaram a vigência decorativa da Lei 10.216/2001, que entrou em vigor na data de sua publicação, mas não teve eficácia social por ausência de aplicação judicial — exceto a isolada, mas inovadora aplicação judicial estadual do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (Paili), do estado de Goiás —, a experiência brasileira de maior êxito no tratamento de portadores de transtorno mental autores de fatos definidos como crimes.<sup>1</sup> Não obstante, no âmbito de validade das leis penais no tempo, a principal consequência legal da vigência da Lei 10.216/2001 — também conhecida como lei antimanicomial — foi a revogação das normas correspondentes da legislação penal anterior, por razões jurídicas indiscutíveis, conforme disciplina a Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro:

a) primeiro, porque as leis têm vigor até que outra a modifique ou revogue, na forma do art. 2º da Lei 4.657/42 — e a lei antimanicomial modificou a legislação correspondente do Código Penal;<sup>2</sup>

b) segundo, porque a lei antimanicomial (i) constitui lei posterior, inteiramente incompatível com a lei anterior do Código Penal, e (ii) regula inteiramente a matéria da legislação anterior do Código Penal — como dispõe o art. 2º, §1º da mesma lei.<sup>3</sup>

Além disso, na hipótese alternativa de conflito aparente de normas penais — uma hipótese desnecessária em face dos critérios legais indicados —, o princípio da especialidade resolveria o conflito em favor da Lei 10.216/2001, que constitui norma especial com efeito excludente da norma geral do Código Penal.

### 2.2. Revogação das medidas de segurança da lei penal

Assim, a Lei 10.216/2001 instituiu um novo sistema de medidas de proteção de pessoas portadoras de transtorno mental, aplicável ao cidadão comum nas hipóteses de internação voluntária e involuntária (art. 6º, I-II), e aplicável ao cidadão autor de fatos definidos como crimes na hipótese de internação compulsória (art. 6º, III), com tácita revogação das normas contrárias da legislação penal (Cirino dos Santos, 2022, p. 447-448). As inovações mais importantes da lei antimanicomial são o abandono do conceito de perigosidade criminal e a consequente extinção das medidas de segurança do velho positivismo criminológico (Cirino dos Santos, 2022, p. 661-662).

#### 2.2.1.

A primeira mudança é o abandono do conceito amorfo de periculosidade criminal, que não pode mais ser atribuído aos portadores de transtorno mental — nem por presunção legal, no caso de autores inimputáveis (art. 26 e 97, CP), nem por determinação judicial, no caso de autores semi-imputáveis necessitados de especial tratamento curativo (art. 26, parágrafo único, e 98, CP).

#### 2.2.2.

A segunda mudança é a revogação das anacrônicas medidas de segurança, ineficazes para defesa da sociedade contra ações agressivas de sujeitos portadores de doenças mentais, agora substituídas por medidas de proteção da saúde mental de pessoas portadoras de transtorno mental, cumpridas em instituições ou unidades de saúde pública não asilares, diversas dos desumanos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs).

### 2.3. Tomada de posição científica pela lei antimanicomial

Inspirado na tese de doutorado de Thayara Castello Branco (2016),<sup>4</sup> publiquei uma análise sistemática da Lei 10.216/2001, pregando a urgente eficácia social de uma lei forjada com sabedoria humanista, mas esquecida pela Jurisprudência dos Tribunais e pela literatura especializada.<sup>5</sup>

## 3. A nova Política Antimanicomial do Poder Judiciário

### 3.1. A Resolução 487/2023 do CNJ

Finalmente, a Ministra Rosa Weber, então Presidente do Supremo Tribunal Federal, assinou a Res/CNJ 487/2023, que encerrou o período catatônico de uma lei magnífica: a) instituiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabeleceu procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança (art. 3º); b) definiu as diretrizes da política antimanicomial para as audiências de custódia (arts. 4º a 8º); c) disciplinou o tratamento de saúde na prisão preventiva ou outra medida cautelar (arts. 9º e 10); d) instituiu a avaliação biopsicossocial para tratamento da saúde em medidas de segurança (art. 11 e parágrafo único); e) definiu a prioridade do tratamento ambulatorial para portadores de transtorno mental ou de deficiência psicossocial (art. 12 e §§); f) restringiu o cumprimento das medidas de internação aos Hospitais Gerais, com exclusão (i) de unidades prisionais, (ii) de enfermarias de prisão ou (iii) de instituições asilares (arts. 13 e 14); g) garantiu o tratamento da saúde mental durante a execução da pena (art. 15); h) fixou o prazo de seis meses para a desinstitucionalização dos HCTPs, com extinção das medidas (de segurança) e a progressão dos portadores de transtorno mental para tratamento ambulatorial em regime aberto (arts. 16 a 18), e outros detalhes.

### 3.2. Um imenso sofrimento evitável

Hoje, depois da entrada em vigor da Res/CNJ 487/23 (em 27 de maio de 2023), o conteúdo histórico real desses vinte e dois anos de negativa de eficácia da Lei 10.216/2001 configura um resultado terrível: milhares de intermináveis torturas psíquicas, ou de agressões físicas, ou de doenças dolorosas, ou de lágrimas sentidas, de desespero, solidão, loucura e morte legalmente evitáveis, ocorreram todos os dias nos asilares, opressivos, violentos e ilegais HCTPs, os ainda atuais manicômios judiciários brasileiros. A produção diária desse sofrimento atroz, dessa barbárie inútil, dessa destruição lenta de seres humanos sensíveis e afetuosos, apenas portadores de transtorno mental ou de deficiência psicossocial, confinados no ambiente patológico desses hospitais de mera custódia e nenhum tratamento psiquiátrico, deverá pesar na consciência de psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, advogados criminais, promotores de justiça, juízes de Direito e autoridades do Estado, em geral, todos mais ou menos responsáveis pela imensa desumanidade

contra cidadãos incapazes de se defender de uma agressão oficial programada, desnecessária e cruel. A pesquisa criminológica futura mostrará a extensão da culpa dos atores da justiça criminal brasileira pelo trágico destino de inimputáveis autores de crimes internados nessas instituições sepulcrais.

### **3.3. Os novos conceitos de transtorno mental e de deficiência psicossocial**

A relevância jurídica da Res/CNJ 487/23 aparece na conceituação da pessoa objeto de tratamento, agora definida como sujeito dos direitos garantidos pela Lei 10.216/2001: são as pessoas portadoras de transtorno mental ou de qualquer deficiência psicossocial, com algum comprometimento ou dificuldade psíquica, intelectual ou emocional, em qualquer fase do ciclo penal e independente de exame médico-legal ou medida de segurança em curso (art. 2º, Res/CNJ 487/23). Como se vê, a lei antimanicomial moderniza a denominação científica de patologias psíquicas tradicionais, substituindo a designação antiga de doença mental pela moderna designação internacional de transtorno mental, assim como trocando a imprecisa definição de perturbação da saúde mental pela definição moderna de deficiência psicossocial. A práxis judiciária, com a contribuição de psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, operadores do Direito e profissionais da Justiça Criminal, deverá aprofundar o significado semântico e o conteúdo científico dessas novas definições.

### **3.4. Direitos dos portadores de transtorno mental ou de deficiência psicossocial**

O art. 3º da Res/CNJ 487/23, ao definir os princípios e diretrizes para o tratamento de pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial na Justiça Penal, enfatiza:

- a) a adoção da política antimanicomial na execução das medidas de segurança;
- b) o interesse exclusivo na reabilitação psicossocial por inclusão social mediante (i) reconstrução dos laços/referências familiares/comunitários, (ii) valorização das habilidades pessoais e (iii) acesso à proteção social, de renda, trabalho e tratamento de saúde;
- c) o direito à saúde integral, mediante cuidados em ambiente terapêutico de estabelecimento de saúde não asilar, com os meios menos invasivos possíveis, e proibição de medidas (i) de contenção física, mecânica ou farmacológica desproporcional ou prolongada, (ii) de isolamento compulsório ou (iii) de alojamento em ambiente impróprio.

### **3.5. Direitos impossíveis em prisão processual**

Antes de tudo, a Res/CNJ 487/23 reconhece que os direitos de portadores de transtorno mental ou de deficiência psicossocial são impossíveis de serem cumpridos em situação de prisão processual, por força da contradição entre a Lei 10.216/2001 e a legislação tradicional.<sup>6</sup>

## **4. Internações psiquiátricas**

### **4.1. Requisitos legais**

A responsabilidade do Estado pela política de saúde mental condiciona a internação psiquiátrica a três regras principais, segundo a Res/CNJ 487/23: a) toda internação pressupõe insuficiência de recursos extra-hospitalares (art. 4º); b) portadores de transtorno

mental não podem ser internados em instituições asilares (art. 4º, § 3º); c) toda internação psiquiátrica depende de laudo médico circunstanciado, com indicação dos motivos da internação (art. 6º).

A Res/CNJ 487/23 também (a) limita a internação psiquiátrica ao exclusivo tratamento da saúde, com o privilégio de avaliação do paciente por equipe multiprofissional, (b) ratifica o pressuposto de insuficiência de recursos extra-hospitalares para a internação psiquiátrica e (c) reproduz a absoluta vedação de instituições asilares, com especial menção ao HCTP e demais congêneres psiquiátricos (art. 3º, VIII, da Res/CNJ 487/23).

### **4.2. As novas modalidades de internação psiquiátrica**

A Lei 10.216/2001 (art. 6º) instituiu três modalidades de internação psiquiátrica: a) a internação voluntária, com consentimento do paciente; b) a internação involuntária, sem consentimento do paciente, por decisão da família ou do médico responsável pelo tratamento; c) a internação compulsória, por determinação judicial, considerando a segurança do estabelecimento, a proteção do paciente, dos demais internados e dos funcionários (art. 9º).

Todas as modalidades de internação da nova política antimanicomial estão subordinadas ao laudo biopsicossocial da equipe multidisciplinar: a) na internação voluntária, o laudo é necessário porque não basta a vontade do paciente; b) na internação involuntária, o laudo é necessário porque não basta a vontade da família contra a vontade do paciente; c) na internação compulsória, o laudo é necessário porque o Juiz não pode determinar internações não autorizadas por laudo biopsicossocial — ou seja, a internação compulsória depende da autorização do laudo multidisciplinar, que atribui a decisão de internação aos especialistas da área, na linha da mais moderna política de saúde mental contemporânea.

## **5. O laudo médico circunstanciado e a indicação dos motivos da internação**

### **5.1. A avaliação biopsicossocial multidisciplinar**

O objetivo da avaliação biopsicossocial multidisciplinar é produzir um laudo circunstanciado capaz de indicar os motivos da internação psiquiátrica do paciente (art. 6º, Lei 10.216/2001). A maior confiabilidade científica de um laudo multidisciplinar é óbvia: o psiquiatra examina as psicoses, o psicólogo analisa as neuroses, o sociólogo estuda a inserção da ação pessoal nas relações sociais, o advogado pesquisa a relação da conduta com as normas jurídicas — e o conjunto das abordagens configura uma imagem integral dos componentes biológicos, psicológicos, afetivos e sociais do ser humano.

### **5.2. O pressuposto empírico do laudo: insuficiência de recursos extra-hospitalares**

O laudo circunstanciado, com a indicação dos motivos da internação, sempre pressupõe a insuficiência de recursos extra-hospitalares, sem a qual a internação psiquiátrica não pode existir. Sobre essa questão e seus desdobramentos, também manifestamos nossa posição (Cirino dos Santos, 2022, p. 663–664), no local acima citado:

A inovação mais radical da lei antimanicomial consiste na necessidade de caracterização dos motivos da internação psiquiátrica de portadores de transtorno mental, em laudo médico circunstanciado, em todas as hipóteses de internação (art. 6º). Assim, não basta a constatação do transtorno mental em laudo médico

circunstanciado: é necessário que o laudo psiquiátrico indique os motivos que recomendam ou justificam a internação psiquiátrica. Portanto, a simples descrição do transtorno mental, sem indicação dos motivos que recomendam ou justificam a internação psiquiátrica do paciente, não autoriza nenhuma forma de internação de pessoas com transtorno mental, nem mesmo na hipótese de internação compulsória prevista na lei. E o detalhe revolucionário: a decisão científica de internação psiquiátrica compete exclusivamente ao laudo médico circunstanciado, através da motivação respectiva (art. 6º, III), embora a determinação de internação, no caso da internação compulsória, por razões de necessária judicialização, dependa de ato formal do Juiz criminal competente. Como se vê, a caracterização dos motivos da internação psiquiátrica compulsória representa o oposto da presunção de perigosidade criminal da internação compulsória do inimputável, na legislação penal (art. 97, CP).

### **5.3. A reavaliação da necessidade e da adequação de prisões processuais**

A Res/CNJ 487/23 atribui à autoridade judicial a tarefa de reavaliar a necessidade e a adequação de prisões processuais, para início ou continuidade do tratamento na Rede de Atenção Psicossocial (Raps), cujo significado humanitário e social é incontestável (art. 9º, parágrafo único). A necessidade da prisão processual refere-se às alternativas legais da privação de liberdade, enquanto a adequação verifica a relação da prisão com a singularidade do acompanhamento pessoal e a priorização da saúde mental do portador de transtorno mental ou de deficiência psicossocial em situação de prisão.

## **6. Os novos critérios de imputabilidade: condições e limites da decisão judicial**

### **6.1. A imputabilidade presumida da legislação penal**

Como se sabe, a imputabilidade penal é presumida: é imputável pessoa maior de 18 anos (art. 27, CP), portador de aparelho psíquico saudável — portanto, alguém “capaz de entender o caráter ilícito do fato e de determinar-se de acordo com esse entendimento” –, atributos presumidos no cidadão comum, necessários para o juízo de reprovação penal da culpabilidade. Mas defeitos do aparelho psíquico podem (i) excluir a imputabilidade, no caso de pessoa incapaz da referida compreensão ou determinação (art. 26, CP), ou (ii) reduzir a imputabilidade, no caso de pessoa sem a plena capacidade dessa compreensão ou determinação (art. 26, parágrafo único, CP) (CIRINO DOS SANTOS, 2022, p. 320–326). Por causa disso, no âmbito do Código Penal, situações de exclusão ou de redução da imputabilidade têm sido determinadas em exame psiquiátrico realizado por perito oficial, mediante incidente de sanidade mental instaurado pela autoridade judicial, ou de ofício ou a requerimento das partes.

### **6.2. A imputabilidade na nova Política Antimanicomial do Poder Judiciário**

Mudanças radicais no critério legal de determinação da (in) imputabilidade penal foram introduzidas pela lei antimanicomial: a) primeiro, o exame psiquiátrico do perito oficial foi substituído por informações sobre o atendimento e o tratamento da pessoa nos serviços aos quais está vinculada (art. 9º, da Lei 10.216/2001; b) segundo, o incidente de sanidade mental foi considerado oficialmente como prova pericial constituída em favor da defesa e,

portanto, a oposição da Defesa impede a determinação compulsória do incidente de sanidade mental (art. 10, parágrafo único, da Res/CNJ 487/23).

As novas disposições legais da política antimanicomial implicam a necessidade de compreender a relação entre (i) a função da equipe multidisciplinar e (ii) a decisão da autoridade judicial sobre internação do portador de transtorno mental ou de deficiência psicossocial (art. 6º, da Lei 10216/2001, e art. 11, e parágrafo único, da Res/CNJ 487/23).

## **7. O parecer da equipe multidisciplinar e a judicialização da decisão**

### **7.1. A judicialização da decisão de internação psiquiátrica**

A decisão de internação do portador de transtorno mental ou de deficiência psicossocial no processo penal continua judicializada, mas o papel judicial de garantir os direitos constitucionais e legais dos acusados está limitado à escolha da modalidade mais indicada ao tratamento de saúde da pessoa acusada, considerando (i) a avaliação biopsicossocial, (ii) a realização de outros exames na fase instrutória e, (iii) finalmente, ratificando a preponderância da avaliação biopsicossocial, a ênfase sobre os cuidados a serem prestados em meio aberto (art. 11, Res/CNJ 487/23). É fácil compreender que a lei antimanicomial, como indica o próprio nome, nada tem a ver com os HCTPs, de triste e opressiva memória, agora em processo de tardia, mas inexorável extinção.

### **7.2. A preponderância das equipes multidisciplinares**

A nova política antimanicomial enfatiza a natureza decisiva dos pareceres das equipes multiprofissionais, responsáveis pela avaliação biopsicossocial dos portadores de transtorno mental ou de deficiência psicossocial, que condicionam as decisões da autoridade judicial.<sup>7</sup>

## **8. A regra básica do novo sistema: prioridade do tratamento ambulatorial**

### **8.1. O tratamento ambulatorial como ideia central do sistema**

A ideia condutora da nova Política Antimanicomial do Poder Judiciário é o tratamento ambulatorial: o art. 12 da Res/CNJ 487/23 (i) exclui internações psiquiátricas para pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial e (ii) destaca a natureza prioritária do tratamento ambulatorial, acompanhado pela autoridade judicial através dos fluxos entre Poder Judiciário e Raps, com auxílio da equipe multidisciplinar (art. 12, Res/CNJ 487/23): a) a ausência de apoio familiar não é condição de imposição, manutenção ou cessação do tratamento ambulatorial nem de desinternação condicional (§ 3º); b) os recursos terapêuticos (inclusive internação) não devem ter caráter punitivo nem determinar conversões do tratamento ambulatorial em medida de internação (§ 4º); c) avaliação da autoridade judicial sobre extinção da medida de segurança, requerida pela Defesa ou indicada pela equipe de saúde, independe do término do tratamento de saúde mental (§ 5º).

### **8.2. A medida de segurança de internação como exceção do novo sistema**

A medida de segurança de internação é uma absoluta exceção do novo sistema, como contraponto da regra do tratamento

ambulatorial, a ideia fundante da Política Antimanicomial do Poder Judiciário (art. 13, e §§).

### 9. A internação psiquiátrica e a interlocução judicial com equipes multidisciplinares

A Res/CNJ 487/23 define as condições de internação, de execução e de cessação da internação psiquiátrica, garantidas pela interlocução judicial com as equipes de saúde mental.

#### 9.1. Condições de internação

A internação psiquiátrica como recurso terapêutico deve ser (i) adequada ao projeto terapêutico singular, (ii) necessária ao restabelecimento da saúde da pessoa e (iii) prescrita por equipe de saúde da Raps (art. 13).

#### 9.2. Condições de execução

A execução da internação deve ser cumprida em leito de saúde mental de Hospital Geral, ou referenciado pelo Centro de Atenção Psicossocial (Caps) da Raps. No âmbito da execução de internações, o Poder Judiciário deve impedir a internação de pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial (i) em unidade prisional, (ii) em enfermaria de prisão ou (iii) em instituições com características asilares, como o HCTP ou congêneres (art. 13, § 1º).

### 9.3. Condições de cessação

A internação psiquiátrica cessa pela demonstração de sua desnecessidade, a critério da equipe multidisciplinar, mas sempre comunicada à autoridade judicial e com possível acompanhamento psicossocial em meio aberto, pela Raps (art. 13, § 2º).

### 9.4. Interlocução judicial com as equipes biopsicossociais

A interlocução da autoridade judicial com as equipes de saúde (EAPs)<sup>8</sup> tem por objetivo avaliações biopsicossociais periódicas, para reverter o tratamento em condições de liberdade ou extinguir o tratamento (art. 13, § 3º). Os direitos do paciente durante a internação incluem oportunidades (i) de reencontro com a comunidade, a família e seu círculo social, (ii) de exercício de atividades em meio aberto (se possível), sem excluir o mundo do trabalho — e tudo sem obstruções administrativas (art. 14).

### 10. Conclusão

Esse é o novo modelo da Política Antimanicomial do Poder Judiciário instituído pela Lei 10.216/2001 e pela Res/CNJ 487/23, de tratamento da saúde mental de autores de fatos puníveis portadores de transtornos psíquicos ou de deficiências psicossociais, determinantes de inimizabilidade ou de semi-imputabilidade penal, que deverá libertar o País da odiosa tortura legal dos HCTPs.

#### Notas

- <sup>1</sup> O Programa Paili foi criado em 26 de agosto de 2006, por iniciativa do Promotor de Justiça do Estado de Goiás Haroldo Caetano da Silva.
- <sup>2</sup> Art. 2º. Não se destinando à vigência temporária, a lei terá vigor até que outra a modifique ou revogue.
- <sup>3</sup> Art. 2º. § 1º. A lei posterior revoga a anterior quando expressamente o declare, quando seja com ela incompatível ou quando regule inteiramente a matéria de que tratava a lei anterior.
- <sup>4</sup> Tese de doutorado, que examinei e aprovei como membro da Banca Examinadora, na PUC/RS.
- <sup>5</sup> Ver Cirino dos Santos (2022, p. 656–670), capítulo reproduzido desde a 8ª edição (2018), com o seguinte destaque: “À primeira vista, a ausência de revogação específica das normas do Código Penal pela lei antimanicomial parece indicar a coexistência de dois modelos distintos: a) o antigo modelo das medidas de segurança do Código Penal para autores inimputáveis de fatos definidos como tipos de injusto; b) o novo modelo das medidas de proteção da reforma antimanicomial para cidadãos comuns portadores de transtornos psíquicos, sob as novas diretrizes de saúde mental. Contudo, uma leitura sistemática da lei produz resultado surpreendente: o legislador não teve audácia para revogar as normas conflitantes sobre medidas de segurança do Código Penal (em especial, o art. 97 e seus parágrafos), mas a lei antimanicomial instituiu um novo sistema de medidas de proteção de pessoas portadoras de transtorno mental, aplicável ao cidadão comum nas hipóteses de internação voluntária e involuntária (art. 6º, I-II), e aplicável ao cidadão infrator na hipótese de internação compulsória (art. 6º,

III), com tácita revogação das normas contrárias da legislação penal”.

- <sup>6</sup> Ver Cirino dos Santos (2022, p. 657–658): “Esse novo modelo, em evidente contradição com o sistema e o regime de execução das medidas de segurança do Código Penal, demoliu os fundamentos epistemológicos e os objetivos práticos do anacrônico modelo do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, em processo de desintegração irremediável por seus próprios e insuperáveis defeitos”.
- <sup>7</sup> A Raps é composta de serviços e equipamentos de atenção à saúde mental, representados pelos (i) Centros de Atenção Psicossocial (Caps), (ii) Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), (iii) Centros de Convivência e Cultura e as Unidades de Acolhimento (UAs), (iv) leitos de atenção integral de Hospitais Gerais – todos responsáveis pelos objetivos sociais da Lei 10.260/2001 em matéria de (i) Atenção Básica de Saúde, (ii) Atenção Psicossocial Estratégica e nas Urgências, (iii) Atenção Hospitalar Geral, assim como na desinstitucionalização, com (i) as Residências Terapêuticas, (ii) o Programa de Volta para Casa (PVC) e (iii) estratégias de reabilitação psicossocial.
- <sup>8</sup> A sigla EAP significa “Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei” — segundo o disposto na Res/CNJ 487/23 — e é constituída de uma equipe multidisciplinar para acompanhar o tratamento em todas as fases do procedimento criminal, com o objetivo de apoiar todas as ações e serviços de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, na Rede de Atenção à Saúde, para viabilizar o acesso à Raps.

#### Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Resolução n. 487, de 15 de fevereiro de 2023*. Brasília: CNJ, 2023. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original20152320222863fe60db44835.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2023.

BRASIL. *Lei n. 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: Presidência da República, 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 7 nov. 2023.

[planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 7 nov. 2023.

CASTELLO BRANCO, Thayara. *A (des)legitimação das medidas de segurança no Brasil*. Belo Horizonte: D'Plácido, 2016.

CIRINO DOS SANTOS, Juarez. *Direito penal*: parte geral. 10. ed. São Paulo: Tirant lo Blanch, 2022.

#### Informações adicionais e declarações do autor (integridade científica)

**Declaração de conflito de interesses:** o autor confirma que não há conflitos de interesses na condução desta pesquisa e na redação deste artigo. **Declaração de autoria:** todos e somente os pesquisadores que cumprem os requisitos de autoria deste artigo são listados como autores; todos os coautores são totalmente responsáveis por

este trabalho em sua totalidade. **Declaração de originalidade:** a autora garantiu que o texto aqui publicado não foi publicado anteriormente em nenhum outro recurso e que futuras republicações somente ocorrerão com a indicação expressa da referência desta publicação original; ela também atesta que não há plágio de terceiros ou autoplagio.

#### Como citar (ABNT Brasil)

CIRINO DOS SANTOS, J. A lei antimanicomial: um modelo revolucionário de saúde mental. *Boletim IBCCRIM*, [S. l.], v. 31, n. 373, [s.d.]. DOI: 10.5281/zenodo.10186062. Disponível

em: [https://publicacoes.ibccrim.org.br/index.php/boletim\\_1993/article/view/828](https://publicacoes.ibccrim.org.br/index.php/boletim_1993/article/view/828). Acesso em: 22 nov. 2023.

Autor convidado