

AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE 7.389 DISTRITO FEDERAL

RELATOR	: MIN. EDSON FACHIN
REQTE.(S)	: PODEMOS
ADV.(A/S)	: ANA PAULA TRENTO
ADV.(A/S)	: LUCIANO HENRIQUE DA SILVA OLIVEIRA
INTDO.(A/S)	: CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA - CNJ
PROC.(A/S)(ES)	: ADVOGADO-GERAL DA UNIÃO
AM. CURIAE.	: DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO
PROC.(A/S)(ES)	: DEFENSOR PÚBLICO-GERAL DO ESTADO DE SÃO PAULO
AM. CURIAE.	: PARTIDO NOVO
ADV.(A/S)	: RODRIGO SARAIVA MARINHO
ADV.(A/S)	: ANA CAROLINA SPONZA BRAGA
ADV.(A/S)	: FELIPE PESSOA FERRO
AM. CURIAE.	: INSTITUTO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS CRIMINAIS - IBCCRIM
ADV.(A/S)	: RENATO STANZIOLA VIEIRA
AM. CURIAE.	: DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO
PROC.(A/S)(ES)	: DEFENSOR PÚBLICO-GERAL FEDERAL
AM. CURIAE.	: DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE GOIÁS
PROC.(A/S)(ES)	: DEFENSOR PÚBLICO-GERAL DO ESTADO DE GOIÁS
AM. CURIAE.	: GRUPO DE ATUAÇÃO ESTRATÉGICA DAS DEFENSORIAS PÚBLICAS ESTADUAIS E DISTRITAIS NOS TRIBUNAIS SUPERIORES - GAETS
PROC.(A/S)(ES)	: DEFENSOR PÚBLICO-GERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PROC.(A/S)(ES)	: DEFENSOR PÚBLICO-GERAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
AM. CURIAE.	: MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
PROC.(A/S)(ES)	: PROCURADOR-GERAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
AM. CURIAE.	: ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PREFEITOS E VICE-PREFEITOS DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ADV.(A/S)	: ALESSANDRA MARTINS GONÇALVES JIRARDI

ADI 7389 / DF

AM. CURIAE.	: DISTRITO FEDERAL
PROC.(A/S)(ES)	: PROCURADOR-GERAL DO DISTRITO FEDERAL
AM. CURIAE.	: INSTITUTO DESINSTITUTE
ADV.(A/S)	: THAIS LOPES RODRIGUES
ADV.(A/S)	: VINICIUS VALENTIN RADUAN MIGUEL
AM. CURIAE.	: DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARANÁ
ADV.(A/S)	: DEFENSOR PÚBLICO-GERAL DO ESTADO DO PARANÁ
AM. CURIAE.	: DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO MARANHÃO
ADV.(A/S)	: DEFENSOR PÚBLICO-GERAL DO ESTADO DO MARANHÃO

VOTO:

O Senhor Ministro Edson Fachin (Relator): Inicio assentando que este é um voto conjunto para as seguintes ações: ADI 7.389, ADI 7.454, ADI 7.566 e ADPF 1.076. Aprecio preambularmente as alegações preliminares ao mérito quanto ao conhecimento das ações em julgamento.

1. PRELIMINARES

1.1. Legitimidade ativa

Assenta-se a legitimidade ativa no que diz respeito à ADI 7.389 e à ADPF 1.076, movida pelo PODEMOS e pelo União Brasil, respectivamente, pois as partes requerentes são partidos políticos com representação no Congresso Nacional.

A ADI 7.566, por sua vez, é movida pela Associação Nacional dos Membros do Ministério Público (CONAMP). A parte requerente é entidade de classe, de âmbito nacional, representativa da categoria dos membros do Ministério Público tendo por finalidade institucional

defender os princípios e garantias institucionais do Ministério Público, sua independência e autonomia funcional, administrativa, financeira e orçamentária, bem como os predicamentos, as funções e os meios previstos para o seu exercício (eDOC 3, p. 2).

Encontra-se preenchido, pela correlação entre os objetivos institucionais da requerente e o objeto das ações, o requisito da pertinência temática, possuindo a autora legitimidade para deflagrar ação direta de constitucionalidade, nos termos do artigo 103, inciso IX, da Constituição Federal, conforme já reconhecido por esta Corte (v.g., ADI 4824, Rel. Min. Roberto Barroso, DJe 27.03.2023).

Já a ADI 7.454 foi proposta pela Associação Brasileira de Psiquiatria ABP, a qual defende possuir legitimidade ativa para invocar o controle concentrado por ser entidade de classe de âmbito nacional e sua atuação possuir pertinência temática com o objeto impugnado, com base no art. 4º de seu Estatuto (eDOC 1, p. 2).

Destaco que ao longo dos anos este Supremo Tribunal Federal tem consolidado critérios que devem, como regra, orientar a aferição da legitimidade ativa de associações para propor ações do controle concentrado de constitucionalidade. Em voto de minha lavra, consignei que:

a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal estabelece os seguintes requisitos a serem atendidos pelas entidades de classe no ajuizamento de ação de controle concentrado: a) abrangência nacional; b) delimitação subjetiva da associação; c) pertinência temática; e d) compatibilidade entre a abrangência da representação da associação e o ato questionado. (ADI 4912, Relator(a): Min. EDSON FACHIN, Tribunal Pleno, julgado em 11/05/2016, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-106 DIVULG 23-05-2016 PUBLIC 24-05-2016).

Defendendo, como venho fazendo, uma compreensão elasticada do critério da legitimidade para hipóteses potencialmente controversas (ADI 5739, ADC 26), entendo presentes todos os requisitos indicados.

Em outros termos, considero que a previsão da possibilidade de associação de estudantes de graduação integrar a entidade, conforme previsto em seu Estatuto (eDOC 3, ADI 7.454), não descaracteriza a associação como entidade de classe, devendo ser conhecida a ADI.

Analísada a legitimidade ativa para propositura das ações diretas de inconstitucionalidade, passa-se à apreciação das preliminares suscitadas e, na sequência, do objeto de conhecimento.

1.2. Ônus da impugnação específica

Sustenta a Advocacia-Geral da União que, no caso das ADIs 7.389 e 7.566, não houve fundamentação pormenorizada e impugnação específica da resolução, o que impediria o conhecimento das ações.

Entendo, por outra via, que os fundamentos invocados nas iniciais comportam a impugnação dos dispositivos indicados nas peças iniciais, o que engloba toda a resolução na medida em que se põe como prejudicial eventual análise setorizada ou de cada dispositivo em apartado. Recomenda-se, a seu turno, a apreciação global dos temas centrais que constituem a essência do ato questionado, consoante análise a seguir.

Noutras palavras, as ações devem ser conhecidas em face da integralidade da Resolução CNJ 487/2023.

1.3. ADPF: requisito da subsidiariedade

Na ADPF 1.076, o Advogado-Geral da União opinou pelo não conhecimento da arguição por inobservância ao requisito da subsidiariedade.

Invoca a jurisprudência desta Corte, segundo a qual a arguição de descumprimento de preceito fundamental somente é cabível nas hipóteses em que não haveria outro meio processual eficaz para sanar a suposta lesão. No caso, destaca que a impugnação da Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça, por meio da ADI 7.389,

evidencia o desrespeito ao requisito jurisprudencial.

A Procuradoria-Geral da República, por sua vez, manifestou-se pelo conhecimento da arguição com a conversão em ação direta de inconstitucionalidade.

Aponta que, uma vez preenchidos os requisitos e ausente erro grosseiro, a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal permite a aplicação do princípio da fungibilidade entre ações de controle concentrado.

Analisando as ações em conjunto, entendo assistir razão à Procuradoria-Geral da República.

Devido ao caráter infralegal do objeto impugnado e certo grau de concretude, o requerente da ADPF 1.076 entendeu não se tratar de hipótese de cabimento de ação direta de inconstitucionalidade, não restando alternativa processual que não o ajuizamento da arguição de descumprimento de preceito fundamental.

Contudo, não restam dúvidas de que a Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça consiste em ato normativo primário dotado de generalidade e de abstração, apto a ensejar o cabimento de ação direta de inconstitucionalidade, mormente porque emanado de órgão dotado de competência constitucional, como de fato ocorreu a partir da interposição de outras três ações diretas.

O requerente expressamente pugna, subsidiariamente, pela aplicação do princípio da fungibilidade. De fato, a jurisprudência da Corte entende possível a aplicação do princípio para hipóteses em que há a coexistência no particular de todos os requisitos processuais necessários para operar-se a fungibilidade entre a ADI e a ADPF.

A propósito, colaciono a ementa da ADI-MC-Ref 4.180, de relatoria do Ministro Cezar Peluso, Tribunal Pleno, DJe 16.04.2010:

AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE.
Impropriedade da ação. Conversão em Arguição de
Descumprimento de Preceito Fundamental - ADPF.

Admissibilidade. Satisfação de todos os requisitos exigidos à sua propositura. Pedido conhecido como tal. Aplicação do princípio da fungibilidade. Precedentes. É lícito conhecer de ação direta de inconstitucionalidade como arguição de descumprimento de preceito fundamental, quando coexistentes todos os requisitos de admissibilidade desta, em caso de inadmissibilidade daquela.

Assento, assim, diante de tal moldura e da relevância da controvérsia veiculada nos autos, o conhecimento da ADPF 1.076 como ação direta de inconstitucionalidade.

1.4. Dispositivos Impugnados

Transcrevo a Resolução impugnada, em seu inteiro teor:

Art. 1º Instituir a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, por meio de procedimentos para o tratamento das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial que estejam custodiadas, sejam investigadas, acusadas, rés ou privadas de liberdade, em cumprimento de pena ou de medida de segurança, em prisão domiciliar, em cumprimento de alternativas penais, monitoração eletrônica ou outras medidas em meio aberto, e conferir diretrizes para assegurar os direitos dessa população.

Art. 2º Para fins desta Resolução, considera-se:

I – pessoa com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial: aquela com algum comprometimento, impedimento ou dificuldade psíquica, intelectual ou mental que, confrontada por barreiras atitudinais ou institucionais, tenha inviabilizada a plena manutenção da

organização da vida ou lhe cause sofrimento psíquico e que apresente necessidade de cuidado em saúde mental em qualquer fase do ciclo penal, independentemente de exame médico-legal ou medida de segurança em curso;

II – Rede de Atenção Psicossocial (Raps): rede composta por serviços e equipamentos variados de atenção à saúde mental, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos Caps III), presentes na Atenção Básica de Saúde, na Atenção Psicossocial Estratégica, nas urgências, na Atenção Hospitalar Geral, na estratégia de desinstitucionalização, como as Residências Terapêuticas, o Programa de Volta para Casa (PVC) e estratégias de reabilitação psicossocial;

III – Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP): equipe multidisciplinar que acompanha o tratamento durante todas as fases do procedimento criminal com o objetivo de apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e para viabilizar o acesso à Rede de Atenção Psicossocial (Raps);

IV – equipe conectora: equipe vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) que exerça função análoga à da EAP;

V – equipe multidisciplinar qualificada: equipe técnica multidisciplinar que tenha experiência e incursão nos serviços com interface entre o Poder Judiciário, a saúde e a proteção social; do Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada (Apec); do Serviço de Acompanhamento de Alternativas Penais; da EAP ou outra equipe conectora;

VI – Projetos Terapêuticos Singulares (PTS): conjunto de

propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou comunidade, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e centrado na singularidade da pessoa em tratamento, de modo a contribuir para a estratégia compartilhada de gestão e de cuidado, possibilitando a definição de objetivos comuns entre equipe e sujeito em acompanhamento em saúde; e

VII – Modelo Orientador: modelo elaborado pelo Conselho Nacional de Justiça com o objetivo de instruir o Poder Judiciário acerca dos fluxos a serem adotados para o cuidado da pessoa com transtorno mental submetida a procedimento criminal, em local adequado à atenção em saúde a fim de adotar os parâmetros dispostos na presente Resolução.

Parágrafo único. Estão abrangidas por esta Resolução, nos termos do caput deste artigo, as pessoas em sofrimento ou com transtorno mental relacionado ao uso abusivo de álcool e outras drogas, que serão encaminhadas para a rede de saúde, nos termos do art. 23- A da Lei n. 11.343/2006, garantidos os direitos previstos na Lei n. 10.216/2001.

Art. 3º São princípios e diretrizes que regem o tratamento das pessoas com transtorno mental no âmbito da jurisdição penal:

I – o respeito pela dignidade humana, singularidade e autonomia de cada pessoa;

II – o respeito pela diversidade e a vedação a todas as formas de discriminação e estigmatização, com especial atenção aos aspectos interseccionais de agravamento e seus impactos na população negra, LGBTQIA+, mulheres, mães, pais ou cuidadores de crianças e adolescentes, pessoas idosas, convalescentes, migrantes, população em situação de rua, povos indígenas e outras populações tradicionais, além das pessoas com deficiência;

III – o devido processo legal, a ampla defesa, o contraditório e o acesso à justiça em igualdade de condições;

IV – a proscrição à prática de tortura, maus tratos, tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes;

V – a adoção de política antimanicomial na execução de medida de segurança;

VI – o interesse exclusivo do tratamento em benefício à saúde, com vistas ao suporte e reabilitação psicossocial por meio da inclusão social, a partir da reconstrução de laços e de referências familiares e comunitárias, da valorização e do fortalecimento das habilidades da pessoa e do acesso à proteção social, à renda, ao trabalho e ao tratamento de saúde;

VII – o direito à saúde integral, privilegiando-se o cuidado em ambiente terapêutico em estabelecimentos de saúde de caráter não asilar, pelos meios menos invasivos possíveis, com vedação de métodos de contenção física, mecânica ou farmacológica desproporcional ou prolongada, excessiva medicalização, impedimento de acesso a tratamento ou medicação, isolamento compulsório, alojamento em ambiente impróprio e eletroconvulsoterapia em desacordo com os protocolos médicos e as normativas de direitos humanos;

VIII – a indicação da internação fundada exclusivamente em razões clínicas de saúde, privilegiando-se a avaliação multiprofissional de cada caso, pelo período estritamente necessário à estabilização do quadro de saúde e apenas quando os recursos extrahospitalares se mostrarem insuficientes, vedada a internação em instituição de caráter asilar, como os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e estabelecimentos congêneres, como hospitais psiquiátricos;

IX – a articulação interinstitucional permanente do Poder Judiciário com as redes de atenção à saúde e socioassistenciais, em todas as fases do procedimento penal, mediante elaboração

de PTS nos casos abrangidos por esta Resolução;

X – a restauratividade como meio para a promoção da harmonia social, mediante a garantia do acesso aos direitos fundamentais e a reversão das vulnerabilidades sociais;

XI – atenção à laicidade do Estado e à liberdade religiosa integradas ao direito à saúde, que resultam na impossibilidade de encaminhamento compulsório a estabelecimentos que não componham a Raps ou que condicionem ou vinculem o tratamento à conversão religiosa ou ao exercício de atividades de cunho religioso; e

XII – respeito à territorialidade dos serviços e ao tratamento no meio social em que vive a pessoa, visando sempre a manutenção dos laços familiares e comunitários.

CAPÍTULO II – DAS DIRETRIZES DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL

Seção I – Das audiências de custódia

Art. 4º Quando apresentada em audiência de custódia pessoa com indícios de transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial identificados por equipe multidisciplinar qualificada, ouvidos o Ministério Público e a defesa, caberá à autoridade judicial o encaminhamento para atendimento voluntário na Raps voltado à proteção social em políticas e programas adequados, a partir de fluxos préestabelecidos com a rede, nos termos da Resolução CNJ n. 213/2015 e do Modelo Orientador CNJ.

Parágrafo único. Será assegurada à pessoa com indícios de transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial a oportunidade de manifestar a vontade de ter em sua companhia pessoa por ela indicada, integrante de seu círculo pessoal ou das redes de serviços públicos com as quais tenha

vínculo, ou seja, referenciada, para o fim de assisti-la durante o ato judicial.

Art. 5º Nos casos em que a autoridade judicial, com apoio da equipe multidisciplinar e após ouvidos o Ministério Público e a defesa, entender que a pessoa apresentada à audiência de custódia está em situação de crise em saúde mental e sem condições de participar do ato, solicitará tentativas de manejo de crise pela equipe qualificada.

§ 1º Para efeitos deste artigo, entende-se por manejo da crise o imediato acionamento de equipe de saúde da Raps para a tomada de medidas emergenciais e referenciamento do paciente ao serviço de saúde, além da realização de ações de escuta, compreensão da condição pessoal, produção imediata de consensos possíveis, mediação entre a pessoa e as demais presentes no ambiente e a restauração do diálogo, bem como, o quanto antes, a identificação dos fatores que possivelmente desencadearam a crise.

§ 2º Caso exauridas sem sucesso as tentativas de manejo de crise, a autoridade judicial realizará o encaminhamento da pessoa para atendimento em saúde por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) ou outros serviços da Raps, e providenciará o registro da não realização da audiência de custódia, por meio de termo no qual constará:

I – a determinação para elaboração de relatório médico acompanhado, se for o caso, de informes dos demais profissionais de saúde do estabelecimento ao qual a pessoa presa em flagrante for encaminhada, a fim de documentar eventuais indícios de tortura ou maus tratos, a ser remetido ao juízo em 24 (vinte e quatro) horas;

II – a requisição imediata de informações às secretarias municipal ou estadual de saúde sobre a atual condição da pessoa e indicação de acompanhamento em saúde mais

adequado, que poderá compor o PTS, com descrição de eventual tratamento que esteja em curso, a serem prestadas em 48 (quarenta e oito) horas, com a finalidade de subsidiar a tomada de decisão judicial.

§ 3º Caso a pessoa não receba alta médica para ser apresentada em juízo no prazo legal, a autoridade judicial poderá realizar o ato no local em que a pessoa se encontrar e, nos casos em que o deslocamento se mostre inviável, deverá providenciar a condução para a realização da audiência de custódia imediatamente após restabelecida sua condição de saúde ou de apresentação.

Art. 6º A autoridade judicial, quando da análise da legalidade da prisão em flagrante, avaliará se o uso de algemas ou instrumentos de contenção física atendeu aos princípios da proporcionalidade e não discriminação, considerada a condição de saúde mental da pessoa, ou se ocorreu de maneira a causar deliberadamente dores ou lesões desnecessárias, o que poderia configurar hipótese de tortura ou maus tratos, conforme os parâmetros elencados pelo CNJ no Manual de Algemas e Outros Instrumentos de Contenção em Audiências Judiciais.

Art. 7º Nos casos dos art. 4º ou 5º, não sendo hipótese de relaxamento da prisão, a autoridade judicial avaliará a necessidade e adequação de eventual medida cautelar, consideradas as condições de saúde da pessoa apresentada e evitando a imposição de:

I – medida que dificulte o acesso ou a continuidade do melhor tratamento disponível, ou que apresente exigências incompatíveis ou de difícil cumprimento diante do quadro de saúde apresentado; e

II – medidas concomitantes que se revelem incompatíveis com a rotina de acompanhamento na rede de saúde.

§ 1º Será priorizada a adoção de medidas distintas do

monitoramento eletrônico para pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial, sem que isso enseje a aplicação de medidas que obstem o tratamento em liberdade.

§ 2º A autoridade judicial levará em consideração as condições que ampliem a vulnerabilidade social, bem como os aspectos interseccionais, no caso de pessoas em situação de rua, população negra, mulheres, população LGBTQIA+, mães, pais ou cuidadores de crianças e adolescentes, pessoas idosas, pessoas convalescentes, migrantes, povos indígenas e outras populações tradicionais, para que a aplicação de eventual medida seja condizente com a realidade social e o referenciamento aos serviços especializados da rede de proteção social.

Art. 8º Nos casos em que a autoridade judicial substituir a prisão preventiva pela domiciliar, nos termos do art. 318 do Código de Processo Penal, serão garantidos a possibilidade de tratamento adequado na Raps e o exercício de outras atividades que reforcem a autonomia da pessoa, como trabalho e educação.

Seção II – Da necessidade de tratamento em saúde mental no curso de prisão preventiva ou outra medida cautelar

Art. 9º No caso de a pessoa necessitar de tratamento em saúde mental no curso de prisão processual ou outra medida cautelar, a autoridade judicial:

I – no caso de pessoa presa, reavaliará a necessidade e adequação da prisão processual em vigor ante a necessidade de atenção à saúde, para início ou continuidade de tratamento em serviços da Raps, ouvidos a equipe multidisciplinar, o Ministério Público e a defesa;

II – no caso de pessoa solta, reavaliará a necessidade e adequação da medida cautelar em vigor, observando-se as disposições do artigo anterior.

Parágrafo único. O encaminhamento para os serviços da Raps ou rede de proteção social será apoiado pelas equipes mencionadas no art. 2º, III, IV e V, considerando a interlocução entre esses serviços e os equipamentos responsáveis pelo tratamento em saúde, de modo que eventuais subsídios sobre a singularidade do acompanhamento da pessoa sejam aportados ao processo visando a priorização da saúde.

Art. 10. A análise sobre a imputabilidade da pessoa, quando necessária, poderá ser qualificada com requisição de informações sobre o atendimento e o tratamento dispensado nos serviços aos quais a pessoa esteja vinculada, respeitado o sigilo de informações pessoais e médicas.

Parágrafo único. Considerando que o incidente de insanidade mental que subsidiará a autoridade judicial na decisão sobre a culpabilidade ou não do réu é prova pericial constituída em favor da defesa, não é possível determiná-la compulsoriamente em caso de oposição desta.

Seção III – Da medida de segurança

Art. 11. Na sentença criminal que imponha medida de segurança, a autoridade judicial determinará a modalidade mais indicada ao tratamento de saúde da pessoa acusada, considerados a avaliação biopsicossocial, outros exames eventualmente realizados na fase instrutória e os cuidados a serem prestados em meio aberto.

Parágrafo único. A autoridade judicial levará em conta, nas decisões que envolvam imposição ou alteração do cumprimento de medida de segurança, os pareceres das

equipes multiprofissionais que atendem o paciente na Raps, da EAP ou outra equipe conectora.

Subseção I – Do tratamento ambulatorial

Art. 12. A medida de tratamento ambulatorial será priorizada em detrimento da medida de internação e será acompanhada pela autoridade judicial a partir de fluxos estabelecidos entre o Poder Judiciário e a Raps, com o auxílio da equipe multidisciplinar do juízo, evitando-se a imposição do ônus de comprovação do tratamento à pessoa com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial.

§ 1º O acompanhamento da medida levará em conta o desenvolvimento do PTS e demais elementos trazidos aos autos pela equipe de atenção psicossocial, a existência e as condições de acessibilidade ao serviço, a atuação das equipes de saúde, a vinculação e adesão da pessoa ao tratamento.

§ 2º Eventuais interrupções no curso do tratamento devem ser compreendidas como parte do quadro de saúde mental, considerada a dinâmica do acompanhamento em saúde e a realidade do território no qual a pessoa e o serviço estão inseridos.

§ 3º A ausência de suporte familiar não deve ser entendida como condição para a imposição, manutenção ou cessação do tratamento ambulatorial ou, ainda, para a desinternação condicional.

§ 4º Eventual prescrição de outros recursos terapêuticos a serem adotados por equipe de saúde por necessidade da pessoa e enquanto parte de seu PTS, incluindo a internação, não deve ter caráter punitivo, tampouco deve ensejar a conversão da medida de tratamento ambulatorial em medida de internação.

§ 5º A autoridade judicial avaliará a possibilidade de

extinção da medida de segurança, no mínimo, anualmente, ou a qualquer tempo, quando requerido pela defesa ou indicada pela equipe de saúde que acompanha o paciente, não estando condicionada ao término do tratamento em saúde mental.

Subseção II – Da medida de internação

Art. 13. A imposição de medida de segurança de internação ou de internação provisória ocorrerá em hipóteses absolutamente excepcionais, quando não cabíveis ou suficientes outras medidas cautelares diversas da prisão e quando compreendidas como recurso terapêutico momentaneamente adequado no âmbito do PTS, enquanto necessárias ao restabelecimento da saúde da pessoa, desde que prescritas por equipe de saúde da Raps.

§ 1º A internação, nas hipóteses referidas no caput, será cumprida em leito de saúde mental em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde referenciado pelo Caps da Raps, cabendo ao Poder Judiciário atuar para que nenhuma pessoa com transtorno mental seja colocada ou mantida em unidade prisional, ainda que em enfermaria, ou seja submetida à internação em instituições com características asilares, como os HCTPs ou equipamentos congêneres, assim entendidas aquelas sem condições de proporcionar assistência integral à saúde da pessoa ou de possibilitar o exercício dos direitos previstos no art. 2º da Lei n. 10.216/2001.

§ 2º A internação cessará quando, a critério da equipe de saúde multidisciplinar, restar demonstrada a sua desnecessidade enquanto recurso terapêutico, caso em que, comunicada a alta hospitalar à autoridade judicial, o acompanhamento psicossocial poderá continuar nos demais dispositivos da Raps, em meio aberto.

§ 3º Recomenda-se à autoridade judicial a interlocução

constante com a equipe do estabelecimento de saúde que acompanha a pessoa, a EAP ou outra equipe conectora, para que sejam realizadas avaliações biopsicossociais a cada 30 (trinta) dias, a fim de se verificar as possibilidades de reversão do tratamento para modalidades em liberdade ou mesmo para sua extinção.

Art. 14. Serão proporcionadas ao paciente em internação, sem obstrução administrativa, oportunidades de reencontro com sua comunidade, sua família e seu círculo social, com atividades em meio aberto, sempre que possível, evitando-se ainda sua exclusão do mundo do trabalho, nos termos do PTS.

Seção IV – Da necessidade de tratamento em saúde mental no curso da execução da pena

Art. 15. Nos casos em que a pessoa submetida ao cumprimento de pena necessitar de tratamento em saúde mental, a autoridade judicial avaliará a necessidade e adequação da prisão em vigor ante a demanda de atenção à saúde, para início ou continuidade de tratamento em serviços da Raps, ouvidos a equipe multidisciplinar, o Ministério Público e a defesa.

Parágrafo único. O encaminhamento para os serviços da Raps e à rede de proteção social será apoiado pelas equipes de saúde das unidades prisionais, pela EAP e demais equipes conectoras, a partir de constante interlocução com os equipamentos da Raps responsáveis pelo tratamento, de modo que subsídios sobre a singularidade do acompanhamento da pessoa sejam aportados ao processo com a finalidade de priorização da saúde.

Seção V – Da desinstitucionalização

~~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:~~

Art. 16. No prazo de até 9 (nove) 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: (redação dada pela Resolução n. 572, de 26.8.2024)

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 conectoras 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.~~

Art. 17. Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, a autoridade judicial competente para a execução penal determinará a elaboração, no prazo de 15 (quinze) 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. (redação dada pela Resolução n. 572, de 26.8.2024)

Art. 18. No prazo de 9 (nove) meses contados da entrada em vigor 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 15 (quinze) meses a partir da entrada em vigor desta Resolução, a interdição total e o fechamento dessas instituições. (redação dada pela Resolução n. 572, de 26.8.2024)

Art. 18-A. Os prazos previstos nos arts. 16, 17 e 18 poderão ser prorrogados, a pedido do Tribunal, em articulação com os demais atores institucionais envolvidos na execução da Política, quando comprovada a necessidade, por decisão do Conselheiro Supervisor do Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF). (incluído pela Resolução n. 572, de 26.8.2024)

§1º - O pedido, balizado pelo Anexo desta Resolução, será apresentado nos autos do Acompanhamento de Cumprimento de Decisão nº 0001621-56.2023.2.00.0000 e conterà: (incluído pela Resolução n. 572, de 26.8.2024)

I – a devida fundamentação, de modo a demonstrar a indispensabilidade da prorrogação do prazo; (incluído pela Resolução n. 572, de 26.8.2024)

II – a descrição das ações já implementadas; (incluído pela Resolução n. 572, de 26.8.2024)

III – proposta de plano de ação que contemple descrição das ações pendentes e cronograma relativo à implementação no lapso temporal pleiteado, com as etapas previstas e os respectivos responsáveis. (incluído pela Resolução n. 572, de 26.8.2024)

§2º Serão admitidos pedidos apresentados até o dia 29 de novembro de 2024, permitida a prorrogação deste prazo por decisão do Conselheiro Supervisor do Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF). (incluído pela Resolução n. 572, de 26.8.2024)

§3º A análise do pedido, eventuais pactuações e homologação do plano de ação considerarão a realidade específica da unidade da Federação, de modo a não ser viável a extensão do prazo concedido a um Tribunal para outro.

(incluído pela Resolução n. 572, de 26.8.2024)

CAPÍTULO III – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 19. Recomenda-se, sempre que possível, em qualquer fase processual, a derivação de processos criminais que envolvem pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial para programas comunitários ou judiciários de justiça restaurativa, a partir da utilização de vias consensuais alternativas, visando à desinstitucionalização, em consonância com os princípios norteadores da justiça restaurativa presentes na Resolução CNJ n. 225/2016.

Art. 20. Os Grupos de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário (GMFs) dos tribunais poderão:

I – realizar inspeções judiciais, de modo conjunto com as autoridades judiciais da execução penal, nos estabelecimentos em que estejam internadas pessoas em cumprimento de medida de segurança, bem como aquelas internadas provisoriamente, podendo, para tanto, articular-se com as secretarias de saúde, conselhos profissionais com atuação na área da saúde, como os Conselhos Regional ou Federal de Serviço Social e de Psicologia, e instâncias paritárias e organizações da sociedade civil, para verificar as condições dos referidos espaços à luz da Lei n. 10.216/2001;

II – mobilizar a Raps, juntamente com a EAP, visando a integração entre as práticas inerentes à justiça criminal e à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e o direcionamento de formas de atenção segundo as premissas consignadas nesta norma e nos moldes previstos no art. 4º, § 4º da Portaria n. 94/GM/MS, de 14 de janeiro de 2014;

III – fomentar a atuação do Poder Judiciário de modo

articulado com a EAP e demais equipes conectoras para a identificação de pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial em unidades de custódia potencialmente destinatários de medidas terapêuticas;

IV – fomentar a instituição e o fortalecimento da PNAISP e da EAP junto às Secretarias Estadual e Municipais de Saúde;

V – fomentar e colaborar com a construção de fluxos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, envolvendo os órgãos e instâncias responsáveis pelas políticas de administração penitenciária, saúde e assistência social, com base no paradigma antimanicomial e no Modelo Orientador CNJ; e

VI – instituir ou participar de Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário, o qual contará com representantes do GMF, da Vara de Execução Penal, da Saúde Mental-Raps, da Assistência Social, do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura, onde houver, dos Conselhos Regionais de Serviço Social, Psicologia e Medicina, do Ministério Público, da Defensoria Pública, do Conselho da Comunidade, onde houver, da Equipe de Saúde da Secretaria responsável pela gestão prisional, podendo contar ainda com outros Conselhos de Direitos, Organizações da Sociedade Civil afetas ao tema, usuários da Política de Saúde Mental, entre outros.

Art. 21. Para o cumprimento do disposto nesta Resolução, os tribunais poderão promover, em colaboração com as Escolas de Magistratura, cursos destinados à permanente qualificação e atualização funcional de magistrados e servidores no tema da saúde mental em consonância com os parâmetros nacionais e internacionais dos Direitos Humanos.

Art. 22. Esta Resolução também será aplicada aos

adolescentes com transtorno ou sofrimento mental apreendidos, processados por cometimento de ato infracional ou em cumprimento de medida socioeducativa, no que couber, enquanto não for elaborado ato normativo próprio, considerando-se a condição de pessoa em desenvolvimento, o princípio da prioridade absoluta e as devidas adaptações, conforme previsão do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Art. 23. O Conselho Nacional de Justiça, por meio do Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF), dará suporte permanente às ações dos tribunais e de magistrados e magistradas no cumprimento desta Resolução.

Parágrafo único. O DMF elaborará, no prazo de até 180 (cento e oitenta) dias, Manual com Modelo Orientador CNJ voltado à orientação dos tribunais e magistrados quanto à implementação do disposto nesta Resolução.

Art. 24. Esta Resolução entra em vigor em 90 (noventa) dias após sua publicação.

1.5. Conhecimento das Ações Diretas de Inconstitucionalidade

Analisadas as preliminares suscitadas, **conheço das ADIS 7.389, 7.454 e 7.566 e da ADPF 1.076, esta convertida em ação direta de inconstitucionalidade.**

2. MÉRITO

Este voto vem organizado da seguinte forma: apresento, primeiramente, uma síntese do contexto histórico e das premissas normativas que circundam os questionamentos à Resolução impugnada (item 2.1). Passo, em seguida, a uma análise global da constitucionalidade

de Resolução (item 2.2) e, na sequência, à apreciação em seções próprias dos temas específicos relacionados à medida de segurança de internação (item 2.3), à perícia médica e avaliação psicossocial (item 2.4) e à determinação de interdição total ou parcial de estabelecimentos, alas e instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico (item 2.5).

2.1. Contexto e premissas

O direito penal brasileiro adota, desde 1984, o sistema vicariante ou dualista alternativo, segundo o qual a medida de segurança é espécie de sanção penal com fundamento no conceito de periculosidade, atribuído ao reconhecimento da condição de inimputabilidade, ou seja, quem “por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (conforme redação do art. 26, Código Penal).

A imposição de medida de segurança pode, assim, decorrer de sentença absolutória imprópria, de sentença condenatória a semi-imputáveis ou da superveniência de doença ou perturbação de saúde mental no curso da pena privativa de liberdade.

Por outro lado, é certo que os dispositivos do Código Penal e da Lei de Execução Penal sobre a matéria são do ano de 1984 e, em quarenta anos, o debate muito amadureceu no Brasil e no mundo, em especial com a Lei 10.216, em 2001, e a promulgação, com *status* de emenda constitucional, **da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo (Decreto nº. 6.949/2009)**, a qual garante, como princípio geral, *a plena e efetiva participação e inclusão na sociedade das pessoas com deficiência de natureza física, mental, intelectual e sensorial*, integrando o bloco de constitucionalidade que funda o ordenamento jurídico pátrio (consoante assentado na ADI 5.357/DF).

Exemplo singelo de dispositivo do Código Penal tornado obsoleto é

o art. 97, §1º, em sua primeira parte, quando afirma que *“a internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade”*. O advento da **Constituição de 1988**, que veda sanções de caráter perpétuo (art. 5º, XLVII, b, CF), não poderia conviver com uma sanção penal de tempo indeterminado. Por isso mesmo, há muito é pacífica a jurisprudência desta Corte pela não aplicabilidade da norma: em um primeiro momento, entendeu-se que a medida de segurança não poderia ultrapassar o limite máximo de tempo de prisão estabelecido no Código Penal, e posteriormente limitou-se a duração da medida de segurança à pena máxima cominada em abstrato para o respectivo tipo penal, independentemente da perícia médica, conforme a **Súmula 527, do Superior Tribunal de Justiça, de 2015**, a qual transcrevo: *“O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado”*.

Estratégias de desinstitucionalização e democratização de políticas públicas de saúde mental ganharam força, no Brasil, a partir da década de 1970, sob influência da reforma proposta pelo médico Franco Basaglia na Itália e com a crescente tomada de consciência quanto à massiva violação de direitos fundamentais constatada em **instituições asilares ou manicomiais, incluindo os estabelecimentos penais denominados pela Lei de Execução Penal como Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP)**. Organizações como o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental e o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial se fizeram presentes no processo de redemocratização do país, bem recordando o **Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, habilitado como *amicus curiae*** na ADI 7.389 (eDOC 34), da realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental no Brasil, no ano de 1987, e da Declaração de Caracas, de 1990, publicada pela Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde com contundentes críticas à assistência psiquiátrica convencional e à adoção do hospital psiquiátrico como única modalidade assistencial (para uma síntese desse

histórico, v. Correia, L. C. e Almeida, O. M. “Fim dos manicômios judiciais e garantia dos direitos das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei no Brasil: mais perto do que longe?” In: Constantino, R.; Bregaglio, R. e Montecinos, A. (ed.). *Privaciones de libertad por motivos de salud mental en Latinoamérica*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, 2024, pp. 131-152).

A própria Lei 10.216, de 2001, é parcialmente resultado desses movimentos. Note-se que já em 2002, por conta da nova legislação, o Ministério da Saúde implementou os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), visando a **substituição gradual dos Hospitais Psiquiátricos e a reintegração social do indivíduo** com transtorno mental ou deficiência psicossocial fora do ambiente de reclusão de manicômios e hospitais de custódia.

Vão-se quase trinta anos, portanto, na busca pela reorientação da assistência à saúde mental e pela construção de um modelo que responda à prática de ato penalmente típico e ilícito, mas também garanta efetiva assistência à saúde de pessoas com deficiência mental (Carvalho, S. de; Weigert, M. A. B. A punição do sofrimento psíquico no Brasil: reflexões sobre os impactos da Reforma Psiquiátrica no sistema de responsabilização penal. *Revista de Estudos Criminais*, v. 48, 2013, p. 55-90). Modelo este que, embora positivado pela Lei 10.216/2001 e com sustento na Lei 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), **ainda se põe em rota de parcial colisão com a interpretação que muitas vezes se mantém da legislação penal**, em especial dos artigos 96 a 99 do Código Penal e artigos 171 a 179 da Lei de Execução Penal, conforme redação, respectivamente, das Leis nº. 7.209 e 7.210, ambas de 1984.

Eis, em forte síntese, o percurso que nos traz ao julgamento presente.

O breve histórico é fundamental para se compreender que o ato normativo do Conselho Nacional de Justiça impugnado pelas ações em julgamento não inova: as questões mais decisivas postas pelas petições iniciais guardam relação com um debate anterior e mais antigo.

O parâmetro constitucional de controle aplicado a ato normativo do

ADI 7389 / DF

Conselho Nacional de Justiça é o art. 103-B, §4º, I da Constituição da República, que dispõe:

Art. 103-B. (...).

§ 4º Compete ao Conselho **o controle da atuação administrativa e financeira do Poder Judiciário e do cumprimento dos deveres funcionais dos juízes**, cabendo-lhe, além de outras atribuições que lhe forem conferidas pelo Estatuto da Magistratura:

I - zelar pela autonomia do Poder Judiciário e pelo cumprimento do Estatuto da Magistratura, **podendo expedir atos regulamentares**, no âmbito de sua competência, ou recomendar providências (...)

No mesmo sentido, dispõe o Regimento Interno do Conselho Nacional de Justiça:

Art. 102. O Plenário poderá, por maioria absoluta, editar atos normativos, mediante Resoluções, Instruções ou Enunciados Administrativos e, ainda, Recomendações. (...)

A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal tem conferido interpretação ampliativa ao art. 103-B, §4º, I, da CRFB (ADC 12/DF; ADI 4.938/DF; ADI 6.324/DF), no sentido de assentar a competência constitucional do Conselho Nacional de Justiça para gestão e atuação em políticas públicas dos tribunais. **Se há ou não exorbitância deste específico âmbito de competência e dos limites de seu poder regulamentar, é o que se põe à análise.** Equivocado, porém, imputar ao CNJ a autoria de conceitos, regras e diretrizes que constam não da Resolução questionada, mas do ordenamento jurídico pátrio, e não há pouco tempo.

A propósito, o art. 17 da Resolução CNJ 113/2010 já dispunha:

Art. 17. O juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível buscará **implementar políticas antimanicomiais**, conforme sistemática da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

Também a Recomendação CNJ 35/2011, assinada pelo e. Ministro Cezar Peluso, assim previa:

RESOLVE RECOMENDAR aos Tribunais que:

I na execução da medida de segurança, **adotem a política antimanicomial**, sempre que possível, em meio aberto; (...)

II a política antimanicomial possua como diretrizes as seguintes orientações:

a) mobilização dos diversos segmentos sociais, compartilhamentos de responsabilidades, estabelecimento de estratégias humanizadoras que possibilitem a efetividade do tratamento da saúde mental e infundam o respeito aos direitos fundamentais e sociais das pessoas sujeitas às medidas de segurança;

b) diálogo e parcerias com a sociedade civil e as políticas públicas já existentes, a fim de buscar a intersetorialidade necessária;

c) criação de um núcleo interdisciplinar, para auxiliar o juiz nos casos que envolvam sofrimento mental;

d) acompanhamento psicossocial, por meio de equipe interdisciplinar, durante o tempo necessário ao tratamento, de modo contínuo;

e) permissão, sempre que possível, para que o tratamento

ocorra sem que o paciente se afaste do meio social em que vive, visando sempre à manutenção dos laços familiares;

f) adoção de medida adequada às circunstâncias do fato praticado, de modo a respeitar as singularidades sociais e biológicas do paciente judiciário;

g) **promoção da reinserção social** das pessoas que estiverem sob tratamento em hospital de custódia, de modo a fortalecer suas habilidades e possibilitar novas respostas na sua relação com o outro, para buscar a efetivação das políticas públicas pertinentes à espécie, principalmente quando estiver caracterizada situação de grave dependência institucional, consoante o art. 5º da Lei no 10.216/2001;

h) manutenção permanente de contato com a rede pública de saúde, com vistas a motivar a elaboração de um projeto de integral atenção aos submetidos às medidas de segurança;

i) **realização de perícias por equipe interdisciplinar.**

III em caso de internação, ela deve ocorrer na rede de saúde pública ou conveniada, com acompanhamento do programa especializado de atenção ao paciente judiciário, com observância das orientações previstas nesta recomendação.

Outros Colegiados editaram normas semelhantes. Por exemplo, a Resolução nº. 08/2019, do Conselho Nacional de Direitos Humanos, dispõe em seu art. 2º:

Art. 2º A política de saúde mental deve se guiar pelos princípios dos direitos humanos conquistados e consensuados em convenções emanadas pela maioria absoluta das nações do planeta, e devidamente assinadas pelo Brasil, como padrão mais elevado do processo civilizatório humano, bem como pelas organizações filiadas às Nações Unidas, que orientam as

diversas políticas públicas e sociais em suas áreas específicas, como a Organização Mundial de Saúde e Organização Panamericana de Saúde.

§ 1º A assistência em saúde mental e seus serviços devem garantir acesso a cuidados sem qualquer forma de violação dos direitos humanos, abolindo tratamentos cruéis e degradantes, maus tratos, contenções físicas e químicas, perda de direitos civis, ou que estimulem a discriminação, o preconceito e o estigma.

§ 2º **A direção da política de saúde mental deve apontar para uma substituição gradual**, mas completa de todos os serviços e dispositivos de tratamento **baseados no isolamento, internações prolongadas** e anulação dos direitos civis.

§ 3º A assistência em saúde mental deve promover cuidados em espaços abertos, que estimulem e valorizem a dignidade, a liberdade, a autonomia, a autoestima e o consentimento prévio das(os) usuárias(os) e seus(suas) familiares, o acesso à informação sobre direitos e a meios de comunicação, e a inserção e convivência social e comunitária nos próprios territórios em que vivem.

§ 4º Em eventuais situações que impeçam a plena decisão da(o) usuária(o), ou que envolvam crise severa ou risco para si ou para os(as) demais, os tratamentos sem consentimento prévio devem ser efetuados com todas as salvaguardas legais previstas nas leis, nas convenções internacionais e nas recomendações das organizações internacionais de direitos humanos.

Também a Resolução nº. 04/2010, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, em seu art. 1º, §1º:

Art. 1º. (...)

§ 1º - Devem ser observados na execução da medida de segurança os princípios estabelecidos **pela Lei 10.216/2001**, que dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de tratamento e cuidado em saúde mental **que deve acontecer de modo antimanicomial**, em serviços substitutivos em meio aberto.

Destaco, por fim, o importante **estudo** do Ministério Público Federal, publicado em 2011, com o título *Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a Perspectiva da Lei 10.216/01* (eDOC 83, ADI 7.389). Em suas recomendações finais, dispõe o parecer **pela extinção dos HCTPs e a não construção de instituições similares que os substituam**, tanto nos Estados que já possuam esses dispositivos, quanto nos Estados que não têm HCTPs, e pela interpretação da legislação penal à luz da Lei 10.216/2001, enquanto sua reformulação não for concluída (p. 90).

Tais atos ou documentos não causaram, porém, a mesma polêmica, nem foram impugnadas quanto à sua constitucionalidade, quiçá porque, com *status* de mera recomendação, não tenham tido força suficiente para repercutir sobre o grave quadro de violação de direitos fundamentais de pessoas com deficiência mental sob custódia em HCTPs por todo o país, não obstante o tempo transcorrido desde a sanção da Lei 10.216/2001, à qual todas elas visaram regulamentar.

Consiste o busílis do presente julgamento, portanto, a necessidade de conjugar dispositivos legais tendencialmente conflitantes com outros dispositivos legais em contexto politicamente controverso quanto a qual seja modelo adequado.

De acordo com a síntese de **Geder Luiz Rocha Gomes**, “o direito brasileiro assistiu ao surgimento do conflito existente entre as posições que entendem persistirem as regras normativas de cunho punitivo vigendo e regulando a matéria, contra as que consideram tais regras

revogadas pela nova Lei 10.216/2001”, defendendo que, em seu entendimento, a solução sob prisma constitucional e infraconstitucional “afirma o predomínio do conteúdo da Lei 10.216/2001 sobre o conteúdo das normas penais que tratam do tema medida de segurança” (GOMES, G. L. R. *A medida de segurança em uma perspectiva contemporânea*. Curitiba, Juruá, 2023, p. 104).

Segundo o professor **Salo de Carvalho**, da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a Lei 10.216/2001 produziu um novo cenário normativo que **impõe a revisão do paradigma de tratamento jurídico dos portadores de transtorno mental**, situação que demanda, necessariamente, a construção de formas diversas de interpretação dos institutos do direito penal (*Penas e Medidas de Segurança no Direito Penal Brasileiro*, São Paulo, Saraiva, 2015, p. 525).

Isso posto, passo a organizar o voto em quatro seções: a **primeira** traz uma **análise geral** da resolução, a **segunda** aprecia as arguições de inconstitucionalidade dos dispositivos que tratam da **medida de segurança de internação**; a **terceira** trata dos dispositivos que versam sobre o tema da **perícia médica e avaliação psicossocial**, e a **quarta parte**, por fim, analisa a **previsão de interdição total e parcial dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**, com possibilidade de internação, quando necessário, em Hospitais Gerais, já levando em consideração a alteração de redação promovida pela Resolução CNJ 572/2024 (eDOC 93, ADI 7.389).

2.2. Análise geral da Resolução

Inicialmente, alega o UNIÃO BRASIL, na ADPF 1.076, que o conceito de pessoas com transtornos mentais previsto pelo art. 2º, inciso I, da Resolução CNJ 487/2023 está em desacordo à definição dada pelo art. 2º da Lei 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), no ponto em que inclui no conceito a deficiência psicossocial.

Assim dispõe o dispositivo impugnado:

Art. 2º Para fins desta Resolução, considera-se:

I - pessoa com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial: aquela com algum comprometimento, impedimento ou dificuldade psíquica, intelectual ou mental que, confrontada por barreiras atitudinais ou institucionais, tenha inviabilizada a plena manutenção da organização da vida ou lhe cause sofrimento psíquico e que apresente necessidade de cuidado em saúde mental em qualquer fase do ciclo penal, independentemente de exame médico-legal ou medida de segurança em curso; (...)

Considero improcedente a alegação, entendendo que a Resolução não ampliou, no art. 2º, I, a definição legal de pessoa com deficiência. **O dispositivo mantém o sofrimento psíquico como conceito de referência** e está em harmonia para com a Lei 13.146/2015, a qual, em seu art. 2º, §1º, estabelece que a **avaliação** da deficiência, quando necessária, será **biopsicossocial**, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, considerando, entre outros fatores, também os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais (art. 2º, §1º, II).

Em seguida, de acordo com o PODEMOS, na ADI 7.389, a CONAMP, na ADI 7.566, e o UNIÃO BRASIL, na ADPF 1.076, o art. 3º, VIII, o art. 11, caput, o art. 12, §§4º e 5º, e o art. 13, caput e §2º, da Resolução nº 487/2023-CNJ violam a previsão legal da medida de segurança de internação, negando vigência ao art. 96, II, e ao art. 97, §§1º, 3º e 4º, do Código Penal.

Por fim, segundo o PODEMOS, na ADI 7.389, e o UNIÃO BRASIL, na ADPF 1.076, o art. 2º, III, o art. 11, parágrafo único, o art. 12, *caput*, o art. 13, § 2º, o art. 15, caput e o art. 16, parágrafo único, da Resolução nº 487/2023-CNJ **substituíram a exigência legal de perícia médica**, prevista no art. 96, § 2º, no art. 97, do Código Penal, e no art. 175,

II, da Lei de Execução Penal, **por laudo de equipe multidisciplinar**, o que representaria usurpação de competência legislativa. Na mesma linha, segundo a CONAMP, na ADI 7.566, o art. 11, parágrafo único, da Resolução nº 487/2023-CNJ viola o art. 6º, caput e parágrafo único, III, da Lei 10.216/2001, **usurpando competência privativa do médico psiquiatra para autorizar a internação psiquiátrica**.

Os dispositivos impugnados foram reproduzidos acima.

Ocorre que que a aplicação exclusiva e excludente do Código Penal e da Lei de Execução Penal às medidas de segurança, ignorando a Lei 10.216/2001 e a Convenção Internacional sobre as Pessoas com Deficiência, não tem guarida constitucional nem corresponde à jurisprudência desta Corte, a qual já firmou a necessidade de interpretação e aplicação conjunta dos referidos diplomas legais.

No julgamento do Habeas Corpus 151.523/SP em 27.11.2018, de minha relatoria, restou assentado:

(...). 2. A Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD), incorporado ao texto constitucional por meio do Decreto 6.949/2009, prevê, como princípios gerais, a plena e efetiva participação e inclusão na sociedade das pessoas com deficiência de natureza física, mental, intelectual e sensorial.

3. A Lei 10.216/2001 estabelece que a internação tem caráter singular e que o tratamento de pessoa com diagnóstico psíquico visará, como finalidade permanente, **a reinserção social do paciente em seu meio**.

Cito ainda os seguintes precedentes:

(...). 3. A desinternação progressiva é medida que se impõe, provendo-se em parte o recurso para o restabelecimento da decisão de primeiro grau, que aplicou o art. 5º da Lei 10.216/2001, determinando-se ao Instituto Psiquiátrico Forense

que apresente plano de desligamento, em 60 (sessenta) dias, para que as autoridades competentes procedam à política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida fora do âmbito do IPF (RHC 100.383/RS, Rel. Min. Luiz Fux, j. 18.10.2011).

(...). IV Ordem concedida em parte para determinar a transferência do paciente para hospital psiquiátrico que disponha de estrutura adequada ao seu tratamento, nos termos da Lei 10.216/2001, sob a supervisão do Ministério Público e do órgão judicial competente. (HC 107.432/RS, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, j. 24.05.2011).

Deve ser recebida com naturalidade, nesse contexto, **a gradual perda de centralidade do conceito penal de periculosidade**, mormente tendo em conta sua origem histórica vinculada à leitura feita pela Escola Positiva de criminologia do pensamento de Philipe Pinel (1745-1826), o qual aproximava a doença mental a uma concepção de mal moral. A tradução de Pinel em categorias como “temibilidade”, na obra de Raffaele Garófalo, ou “periculosidade”, no pensamento de Enrico Ferri, no final do século 19, pressupôs um liame entre loucura e violência que não se afigura compatível com a Convenção Internacional sobre as Pessoas com Deficiência, a qual veda qualquer forma de discriminação de e entre pessoas com deficiência psicossocial (Correia, L. e Magno, P. Direito à saúde mental e políticas públicas para as pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei: uma análise das estratégias jurídico-políticas de resistência contra o retrocesso. *Revista de Direito Público*, v. 18, n. 97, jan.fev. 2021, p. 204-232).

Sendo assim, **se de um lado a legislação penal efetivamente prevê a medida de segurança como espécie de sanção, seja na forma da internação ou tratamento ambulatorial em meio aberto, de outro é de**

observância obrigatória o direito a um tratamento que objetive a reinserção social do paciente em seu meio (art. 4º, §1º, Lei 10.216/2001), sendo a **internação compulsória indicada apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes** (art. 4º, caput, Lei 10.216/2001).

A questão, porém, como bem observado pela representante do Instituto Desinstitute, na sustentação oral realizada em 10 de outubro de 2024, é que **a periculosidade vem atribuída, na lei penal, à condição de inimputabilidade prevista pelo artigo 26 do Código Penal, o qual não abarca necessariamente um diagnóstico psiquiátrico**, mas sim, em seus termos, aquele que, “por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”.

Salta aos olhos, assim, a potencial incongruência da orientação de internação psiquiátrica como medida excepcional de tratamento, e não de mero castigo ou contenção, caso seja mecanicamente associada ao reconhecimento da inimputabilidade.

Justamente por isso, o ordenamento jurídico pátrio não autoriza que avaliações psiquiátricas fundadas no conceito de periculosidade, por si só, legitimem internações por tempo indeterminado. Ao invés de prever exclusivamente a avaliação médica do referido conceito como procedimento para a desinternação, a Lei 10.216/2001, em seu art. 5º, determina que, **para casos de grave dependência institucional decorrente do quadro clínico ou da ausência de suporte social, haja política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida**, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, **assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário** (art. 5º, Lei 10.216/2001).

A aplicação conjunta, portanto, do complexo normativo que trata da matéria, inclusive no caso de conflitos de norma, deve levar em conta o **princípio interpretativo *pro homine***, na linha trazida pelo artigo 29 da

Convenção Americana sobre Direitos Humanos, em sua dimensão que dispõe **pela prevalência ou primazia da norma mais favorável ao indivíduo.**

Cito, sobre o tema, o e. Ministro Celso de Mello, referenciado pelo professor **André de Carvalho Ramos**:

Para o min. Celso de Mello, os magistrados e Tribunais, no exercício de sua atividade interpretativa, especialmente no âmbito dos tratados internacionais de direitos humanos, devem observar um critério hermenêutico básico (tal como aquele proclamado o art. 29 da Convenção Americana de Direitos Humanos), consistente em atribuir primazia à norma que se revele mais favorável à pessoa humana, em ordem a dispensar-lhe a mais ampla proteção jurídica. O Poder Judiciário, nesse processo hermenêutico que prestigia o critério da norma mais favorável (que tanto pode ser aquela prevista no tratado internacional como a que se acha positivada no próprio direito interno do Estado), deverá extrair a máxima eficácia das declarações internacionais e das proclamações constitucionais de direitos, como forma de viabilizar o acesso dos indivíduos e dos grupos sociais, notadamente os mais vulneráveis, a sistemas institucionalizados de proteção aos direitos fundamentais da pessoa humana, sob pena de a liberdade, a tolerância e o respeito à alteridade humana tornarem-se palavras vãs (...) (HC 91.361. Rel. Min. Celso de Mello, julgamento em 23-9-2008, Segunda Turma, DJE de 6-2-2009) (RAMOS, A. de C. Curso de Direitos Humanos. São Paulo: Saraiva, 2015, p. 105-106).

Passo assim à análise pontual de cada dispositivo questionado e voto pela necessidade de conjugação dos diplomas legais mencionados, à luz dos princípios constitucionais e do direito internacional dos direitos humanos.

2.3. Sobre a medida de segurança de internação na Resolução CNJ 487/2023

O art. 3º, VIII, da Resolução CNJ 487/2023, trata de princípios e diretrizes endereçados às autoridades judiciais competentes, admitindo a internação se fundada exclusivamente em razões clínicas de saúde, o que tem base no artigo 6º da Lei 10.216/2001, vedada a internação em instituição de caráter asilar, como os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e estabelecimentos congêneres.

Repito que a Resolução impugnada se limita, nesse ponto, a transcrever e regulamentar dispositivos legais.

Tanto o Código Penal, no art. 99, como a Lei 10.216/2001, no art. 4º, §3º, proíbem a internação em instituições com características asilares, ou seja, ainda que excepcional, a internação só pode ocorrer em estabelecimentos dotados de características hospitalares, como se depreende da leitura conjugada de ambos os dispositivos:

Lei 10.216/2001

Art. 4º. (...).

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais **em instituições com características asilares**, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2o e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2o.

Código Penal

Art. 99 - O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a

tratamento.

O art. 4º, §3º, da Lei 10.216/2001 conceitua instituições com características asilares como aquelas que se apresentem desprovidas de estrutura apta a oferecer assistência integral à pessoa com transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (art. 4º, §2º, Lei 10.216/2001), não assegurando aos pacientes os direitos constantes do art. 2º, parágrafo único, da mesma Lei.

A parte final do art. 3º, VIII, da Resolução impugnada, portanto, **apenas reproduz dispositivos legais**, remetendo a uma **análise empírica** das condições reais de funcionamento dos HCTPs no Brasil na qualidade de legítima diretriz direcionada às autoridades judiciais competentes.

Do mesmo modo, os artigos 11 e 12 se limitam a estabelecer diretrizes e parâmetros de interpretação da lei destinadas às autoridades judiciais competentes, nos moldes de atos normativos anteriores do próprio CNJ. Não se vislumbra, em nenhuma delas, exorbitância dos limites do poder regulamentar.

O **art. 11 da Resolução** dispõe que é a autoridade judicial a determinar a modalidade mais indicada ao tratamento de saúde da pessoa acusada, o que se coaduna ao art. 66 da Lei de Execução Penal e ao **art. 9º da Lei 10.216/2001**, a qual trata da **internação compulsória**.

A priorização do tratamento ambulatorial em detrimento da internação prevista no art. 12, caput e §4º, da Resolução é, como visto, decorrência necessária da excepcionalidade da internação prevista em lei, no art. 4º, caput e §1º, da Lei 10.216/2001, segundo o qual a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, devendo sempre visar a reinserção social do paciente em seu meio. **O que faz a Resolução não é vedar a conversão do tratamento ambulatorial em internação**, portanto, e sim **recomendar que a conversão não seja mecanicamente** associada a

eventual prescrição de outros recursos terapêuticos a serem adotados.

O art. 12, §5º, da Resolução, por sua vez, dispõe que a autoridade judicial avaliará a possibilidade de extinção da medida de segurança, no mínimo, anualmente, ou a qualquer tempo. A redação, em sua primeira parte, está em incontroversa consonância à legislação, ressaltando-se que o Código Penal admite a reavaliação a qualquer tempo (art. 97, §2º, CP) e a Lei de Execução Penal flexibiliza até mesmo o prazo mínimo de duração da medida de segurança:

Código Penal

Art. 97....

§2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.

Lei de Execução Penal

Art. 176. Em qualquer tempo, ainda no decorrer do prazo mínimo de duração da medida de segurança, poderá o Juiz da execução, diante de requerimento fundamentado do Ministério Público ou do interessado, seu procurador ou defensor, ordenar o exame para que se verifique a cessação da periculosidade, procedendo-se nos termos do artigo anterior.

Importante esclarecer, quanto à parte final do parágrafo questionado, que a decisão sobre a extinção da medida de segurança, com eventual desinternação, é necessariamente da autoridade judicial, tendo o laudo médico, ainda que imprescindível, caráter não vinculante.

Essa já é a regra constante da Lei de Execução Penal e da Lei 10.216/2001, especificamente quando se trata de internação compulsória,

como se vê da transcrição dos seguintes dispositivos legais:

Lei de Execução Penal

Art. 66. Compete ao Juiz da execução: (...)

V - determinar: (...)

d) a aplicação da medida de segurança, bem como a substituição da pena por medida de segurança;

e) a revogação da medida de segurança;

f) a desinternação e o restabelecimento da situação anterior;

g) o cumprimento de pena ou medida de segurança em outra comarca; (...)

VI - zelar pelo correto cumprimento da pena e da medida de segurança; (...)

Lei 10.216/2001

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Portanto, o que determina a lei é que a **internação compulsória decorrente de decisão judicial**, como a que impõe **medida de segurança de internação**, dependerá de determinação do juiz competente, tendo o **laudo médico** e outros pareceres de natureza interdisciplinar a **função de instruir e subsidiar a decisão judicial**.

Por fim, o art. 13, caput e §2º, da Resolução, admitem a imposição de medida de segurança de internação ou internação provisória em

hipóteses absolutamente excepcionais e compreendidas como recurso terapêutico adequado, naquele momento, no âmbito do Projeto Terapêutico Singular do paciente. Mais uma vez, trata-se de **mera diretriz** interpretativa direcionada à magistratura com base legal expressa no **art. 4º da Lei 10.216/2001, já citado**.

Se há, como alegado pelos autores, violação ao art. 97 do Código Penal ou ao art. 175 da Lei de Execução Penal, não se trata de uma questão atinente à Resolução impugnada, mas de alegada antinomia entre dispositivos que guardam, a princípio, igual estatura e validade.

Por essa razão proponho, ao final, interpretação conforme à Constituição e a fixação de tese de julgamento quanto à necessidade de aplicação conjunta da Lei 10.216/2001 ao Código Penal e à Lei de Execução Penal.

2.4. Sobre a perícia médica e a equipe multidisciplinar na Resolução CNJ 487/2023

Passo à apreciação da alegação de **usurpação de competência legislativa por violação** à exigência legal de **perícia médica** e à competência privativa do médico para a decisão de internação psiquiátrica.

Questiona-se, nessa linha, o art. 2º, III; o art. 11, parágrafo único; o art. 12, caput; o art. 13, §2º; o art. 15, caput e o art. 16, parágrafo único, porque estariam em desconformidade às regras do art. 97, §2º, do Código Penal; do art. 175, II, da Lei de Execução Penal; e do art. 6º, caput e parágrafo único, III, da Lei 10.216/2001.

Os dispositivos impugnados foram transcritos acima.

Em suma, são aqueles que **tratam da existência e atuação de equipe multidisciplinar ou multiprofissional** para acompanhar o tratamento e apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (art. 2º, III), seja indicando que a autoridade judicial deverá levar em conta, em suas decisões, os pareceres das equipes

multiprofissionais (art. 11, parágrafo único), prevendo seu auxílio na implementação dos fluxos estabelecidos entre o Poder Judiciário e a RAPS (art. 12) ou que tal equipe será ouvida pelo Juízo em caso de necessidade de tratamento em saúde mental para pessoa em cumprimento de pena (art. 15) e estabelecendo que elas apoiarão as ações de desinstitucionalização no âmbito do Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial.

Em quaisquer dos dispositivos acima citados, a Resolução substitui ou solapa a necessidade de perícia médica prevista pelo art. 97, §2º, do Código Penal e pelo art. 6º da Lei 10.216/2001.

A rigor, a Resolução prevê a **elaboração de relatório médico em situação de crise de saúde mental** por ocasião da audiência de custódia e a necessidade de alta médica (art. 5º, §2º, I e §3º), bem como trata do **incidente de insanidade mental** nos termos previstos em lei (art. 10), sem prejuízo das demais situações em que o laudo médico se faz necessário.

Todavia, a redação dada ao art. 13, §2º, da Resolução, de fato comporta interpretação potencialmente ambígua quanto à expressão “a critério da equipe de saúde multidisciplinar”.

A desinternação não depende de decisão exclusiva da equipe multidisciplinar. Isso não significa que se afigure indevida a previsão de participação de equipes interdisciplinares e multiprofissionais, sobretudo porque o percurso de tratamento e reabilitação do paciente em saúde mental engloba dimensões múltiplas, **mas a competência para a decisão de desinternação, no caso das medidas de segurança, é judicial.**

Ainda assim, não há dúvida de que a lei impõe laudo médico circunstanciado para viabilizar a internação psiquiátrica, e de que a indicação de internação e a alta médica são atividades privativas do médico, nos termos do art. 4º, XI, da Lei 12.842/2013:

Art. 4º São atividades privativas do médico: (...)

XI - indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde

Por outro lado, o art. 2º, §3º, da Lei 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência) dispõe que o exame médico-pericial é um dos componentes da avaliação biopsicossocial da deficiência. A perícia médica pode apenas ser realizada por médicos, evidentemente, mas há outras importantes modalidades de avaliação que se somam e enriquecem o conjunto de elementos necessários para que a autoridade judicial competente tome sua decisão.

Acolho **parcialmente**, nesse ponto, a proposta do e. Procurador Geral da República para que se dê interpretação conforme ao artigo 13, §2º, da Resolução, fixando, como **tese de julgamento proposta ao final**, que **quando decorrente da aplicação de medida de segurança, a internação e a desinternação dependerão de decisão judicial, a qual será amparada por laudo médico circunstanciado e por avaliação biopsicossocial**, com a participação de equipes multidisciplinares e multiprofissionais.

2.5. Sobre a determinação de interdição de estabelecimentos, alas e instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico na Resolução CNJ nº. 487/2023

Segundo os pedidos formulados pelo PODEMOS, na ADI 7.389, e pelo UNIÃO BRASIL, na ADPF 1.076, o art. 13, §1º, o art. 16, caput e parágrafo único, o art. 17 e o art. 18, da Resolução nº 487/2023-CNJ violam o princípio da separação dos poderes, da proporcionalidade e da razoabilidade, exorbitando o poder regulamentar do CNJ ao se prever que a autoridade judicial competente determine a interdição parcial ou total dos HTCP e a proibição de novas internações.

Os referidos artigos foram transcritos acima.

Foi posteriormente publicada a **Resolução CNJ 572/2024**, alterando os artigos 16, 17 e 18, além de acrescentar o **art. 18-A**, com a seguinte

redação:

Art. 16. No prazo de até 9 (nove) 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: (...)

Art. 17. Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, a autoridade judicial competente para a execução penal determinará a elaboração, no prazo de 15 (quinze) 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 9 (nove) meses contados da entrada em vigor 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 15 (quinze) meses a partir da entrada em vigor desta Resolução, a interdição total e o fechamento dessas instituições.

Art. 18-A. Os prazos previstos nos arts. 16, 17 e 18 poderão ser prorrogados, a pedido do Tribunal, em articulação com os demais atores institucionais envolvidos na execução da Política, quando comprovada a necessidade, por decisão do Conselheiro Supervisor do Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF).

§1º - O pedido, balizado pelo Anexo desta Resolução, será apresentado nos autos do Acompanhamento de Cumprimento de Decisão nº 0001621-56.2023.2.00.0000 e conterà:

I a devida fundamentação, de modo a demonstrar a indispensabilidade da prorrogação do prazo;

II a descrição das ações já implementadas;

III proposta de plano de ação que contemple descrição das ações pendentes e cronograma relativo à implementação no lapso temporal pleiteado, com as etapas previstas e os respectivos responsáveis.

§2º Serão admitidos pedidos apresentados até o dia 29 de novembro de 2024, permitida a prorrogação deste prazo por decisão do Conselheiro Supervisor do Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF).

§3º A análise do pedido, eventuais pactuações e homologação do plano de ação considerarão a realidade específica da unidade da Federação, de modo a não ser viável a extensão do prazo concedido a um Tribunal para outro.

Embora não tenha havido pedido de aditamento da petição inicial para incluir no objeto das ações o novo artigo 18-A, ele se adequa à interpretação conforme prestada ao tema em questão.

Não reconheço qualquer problema de ordem constitucional, nem mesmo aparente, com as regras constantes do art. 16, caput, e do art. 17, considerada a redação anterior e a nova.

O art. 16, caput, prevê somente a revisão de processos pela autoridade judicial competente, cabendo a essa última, respeitada sua independência funcional, a decisão sobre manutenção ou extinção da medida em curso, progressão para tratamento ambulatorial em meio aberto ou transferência para estabelecimento de saúde adequado.

A previsão de revisão de processos, inclusive em formato de mutirão, não é medida inédita no âmbito do CNJ, sendo adaptada e replicada em inúmeras outras oportunidades e contextos. **Não há e nem poderia haver qualquer determinação vinculante de desinternação, diversamente do que foi propagado**, de forma equivocada, em notas e manifestações públicas relacionadas a esse dispositivo.

O art. 17, por sua vez, exige a elaboração de **Projeto Terapêutico Singular para pacientes em medida de segurança de internação, visando à alta planejada e à reabilitação psicossocial assistida em meio aberto**. A elaboração de PTS é prática amplamente recomendada em casos complexos e prevista na Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde. **O planejamento da alta, visando à reabilitação psicossocial, é direito do paciente internado previsto no art. 5º da Lei 10.216/2001, já transcrito, não se tratando de inovação da Resolução**.

Não há, portanto, qualquer vício nos artigos 16 e 17 da Resolução.

Mais complexas são as regras e consequências decorrentes do **art. 13, §1º** e da redação original do **art. 18**, os quais, como observado pela Procuradoria Geral da República, causaram grande comoção social, especialmente da **comunidade médica, destacando-se sua participação como *amici curiae*** e por meio das sustentações orais realizadas pelo Sindicato dos Médicos do Paraná, pelo Conselho Federal de Medicina e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

A princípio, a redação do artigo 13, §1º, e do art. 18, indicam, a meu ver, **ultrapassagem dos limites do poder regulamentar** ao se estabelecer, *a priori*, a destinação de pacientes com transtorno mental que necessitem de internação psiquiátrica como sendo, necessariamente, em leitos de Hospitais Gerais (art. 13, §1º), bem como prazos para que se interdite total ou parcialmente os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (art. 18).

É preciso compreender a questão, porém, com maior profundidade e contextualização histórica. Por um lado, há a necessidade premente de se dar cumprimento e efetividade a um modelo de gestão que respeite a

Constituição e os direitos fundamentais, previsto em lei há mais de vinte anos. Por outro, há **grande e justificada preocupação**, sobretudo das entidades médicas, com a **absorção da demanda pelos Hospitais Gerais e pelo Sistema Único de Saúde, por meio das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS)**.

Poder-se-ia interpretar a situação como um litígio estrutural, na esteira de livro recentemente publicado pela professora Josilene Nascimento Oliveira (*Pessoas com deficiência mental ou intelectual autoras de ilícito penal e medida de segurança: uma perspectiva a partir do processo estrutural*. Editora Dialética, 2023), fruto de pesquisa empírica junto ao Hospital de Custódia Barbacena I Jorge Vaz, em Minas Gerais, e apresentada ao Programa de Pós-graduação em Direito da Universidade Federal de Ouro Preto.

No caso presente, porém, tal reconhecimento já ocorreu no arco de uma análise mais ampla desta Corte sobre o sistema penitenciário brasileiro e sobre a intervenção judicial em políticas públicas de saúde. Fato é que há um arcabouço normativo de natureza legal, constitucional e convencional na matéria sendo ignorado e descumprido, no Brasil, há décadas, não tendo jamais se recolhido tantos avanços comprovados, em alguns poucos meses, como no período subsequente à publicação da Resolução CNJ 487/2023.

A desconformidade constitucional das condições materiais dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é manifesta. Relatórios, censos e a literatura especializada, com evidências empíricas, demonstram que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico tornaram-se espaços de massiva violação de direitos fundamentais, com problemas crônicos e estruturais que impedem seu funcionamento como hospitais, visto que falta estrutura e pessoal, inviabilizando diagnóstico e tratamento adequado à doença mental da pessoa internada em medida de segurança.

Salta aos olhos como a execução da medida de segurança de internação, como regra, não vem contemplando a perspectiva de alta

planejada, com a preparação necessária para a desinternação, do ponto de vista clínico e biopsicossocial, como manda a lei, **tornando-se medida de exclusiva clausura e contenção: asilar**, portanto, o que consiste em **grave ilegalidade**.

Ao prestar informações na ADI 7.389 (eDOC 22), a e. Ministra Rosa Weber referenciou o estudo denominado "*Hospital de Custódia: prisão sem tratamento*", publicado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) em 2014 e disponível em seu sítio virtual. Tal documento já evidenciava a situação concreta de três instituições de custódia e tratamento psiquiátrico daquele Estado como de total desassistência e sem cuidados médicos essenciais (p. 15); sem nenhuma das comissões hospitalares obrigatórias pela legislação e sem farmacêuticos responsáveis (com medicamentos dispensados pelos agentes de segurança e administrados por auxiliares de enfermagem) (p. 16); com pacientes trancados em celas e sem supervisão do final da tarde até a manhã seguinte (p. 17); com amostra de prontuários indicando ausência de dados básicos administrativos e informações clínicas e assistenciais sobre a história clínica, prescrições, evolução, observações médicas, projeto terapêutico individualizado, exames complementares, registros de atendimento por assistentes sociais e psicólogos e mesmo de contato com familiares (p. 18). Quanto às instalações e equipamentos, o relatório aponta celas e enfermarias com janelas sem vidro, colchonetes sem revestimento, camas sem enxoval, setor de internação sem pia, sem material de higiene para as mãos, lixeiras e constata que os banheiros consistiam em latrina instalada diretamente no chão.

São palavras do Presidente do CREMESP à época da publicação, em 2014, na Apresentação (p. 4) do volume:

Desumanidade e estigma caminham juntos quando se trata de serviço de saúde mental e sistema prisional. Quando uma malha se sobrepõe à outra, assiste-se a uma das práticas e omissões mais cruéis do Estado e da sociedade. (...). Em princípio, não se trata do cumprimento de uma pena, mas de

cuidados que uma instituição hospitalar deve dispor para reduzir ou cessar o transtorno que levou o paciente à prática do delito. Na escala das injustiças e dos estigmas, o louco infrator ocupa o último degrau. Pode-se compreender que, com tantas carências no cotidiano das pessoas comuns, não sobra olhar para alguém que, além de louco, cometeu um crime. Nas limitações das instituições e por conta da impotência das famílias, a resposta possível tem sido manter o paciente fechado, de preferência ignorado, esquecido, pouco importa a assistência oferecida.

Sobre os três HCTP do Estado de São Paulo, a Defensoria Pública paulista, habilitada na ADI 7.389 como *amicus curiae* e em sua sustentação oral, informa que os internos sequer têm acesso ao sistema de saúde, sendo tratados pela SAP [Secretaria de Administração Penitenciária], e não pela RAPS (eDOC 14, ADI 7.389); na mesma esteira o caderno *Hospitais-Prisão: notas sobre os manicômios judiciários de São Paulo* (eDOC 80, ADI 7.389), publicado em 2018 pela Pastoral Carcerária, traz resultados de ações desenvolvidas pelo Grupo de Trabalho Saúde Mental e Liberdade, da Arquidiocese de São Paulo.

A defensora pública que sustentou oralmente pela Defensoria Pública do Paraná trouxe, nessa linha, informações sobre a gravidade das condições do Complexo Médico Penal localizado em Pinhais. Consta dos autos o Relatório de Inspeções Regulares no Estado do Rio Grande do Norte publicado, em 2023, pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, do Ministério dos Direitos Humanos, que observa em seus §§ 65 e 66 uma situação pior que aquela dos condenados na condição de imputáveis (eDOC 84, ADI 7.389, p. 34-35):

65. Na área da saúde mental, a situação fica mais gravosa. O MNPCT realizou três inspeções em locais de privação de liberdade que deveriam prover atendimento na área de saúde, a partir de diferentes necessidades (perfis) dos pacientes, tais

como: Hospital de Custódia, Hospital Psiquiátrico e Comunidade Terapêutica.

66. Nas três categorias de privação de liberdade, observamos a ausência parcial ou total das equipes multidisciplinares; a inexistência de um projeto de desinstitucionalização dos pacientes; a ocorrência de contenção mecânica sem prescrição médica; o acesso a medicação sem receita; a parca oferta de atividades e contato com a família. Somados a este cenário, verificamos a falta de estruturação da Rede de Apoio Psicossocial (RAPs) no estado, havendo apenas quatro Residências Terapêuticas e uma falta de conectividade das unidades com a rede, principalmente dos CAPSs, visando criação de vínculos para a desinstitucionalização. Uma parte considerável das pessoas que possuem questões relacionadas à saúde mental acaba por sofrer o abandono familiar, desta forma, estas pessoas precisam de uma política pública que as atendam a fim de promover a desinstitucionalização e prover condições de manter o tratamento de saúde em liberdade.

A situação dos **hospitais psiquiátricos em geral, ainda que não de custódia, é igualmente grave**. Menciono o importante documento intitulado *Hospitais Psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional*, publicado conjuntamente em 2020 pelo Conselho Federal de Psicologia, pelo Conselho Nacional do Ministério Público, pelo Ministério Público do Trabalho e pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. A publicação traz achados relacionados a 40 (quarenta) hospitais psiquiátricos inspecionados no ano de 2018, narrando situação estrutural e crônica de gravíssimas violações a direitos fundamentais. (Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/hospitais-psiquiatricos-no-brasil-relatorio-de-inspecao-nacional/>)

Mais que um juízo meramente descritivo ou circunstancial da situação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, trata-se

da reunião de elementos empíricos que determinam seu reconhecimento *a priori* como instituições com características asilares. Proponho ao final, nada obstante, que subsista a possibilidade de o ente federado, mediante procedimento específico para este fim, comprovar que estabelecimento sob sua responsabilidade não apresenta características asilares, não incidindo sobre ele, nesse caso, as determinações que decorrem de tal definição.

De casos extremos e notórios como aquele do Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, tema do livro *Holocausto Brasileiro* (Geração, 2013), de Daniela Arbex, à invisibilidade do cotidiano, constata-se as muitas dificuldades e obstáculos para que o Brasil cumpra o **Princípio III, item 3, dos Princípios e Boas Práticas para a Proteção das Pessoas Privadas de Liberdade nas Américas**, segundo o qual:

Os sistemas de saúde dos Estados membros da Organização dos Estados Americanos deverão incorporar, por disposição legal, uma série de medidas em favor das pessoas com deficiência mental, **a fim de garantir a gradual desinstitucionalização dessas pessoas e a organização de serviços alternativos que possibilitem o cumprimento de objetivos compatíveis com um sistema de saúde e uma atenção psiquiátrica integral, contínua, preventiva, participativa e comunitária**, desse modo evitando a privação desnecessária da liberdade nos estabelecimentos hospitalares ou de outra natureza. A privação de liberdade de uma pessoa num hospital psiquiátrico ou outra instituição similar deverá ser usada como último recurso e unicamente quando haja grande possibilidade de dano imediato ou iminente para a pessoa ou terceiros. A mera deficiência não deverá em caso algum justificar a privação de liberdade.

A sentença da Corte Interamericana de Direitos Humanos que condenou o Brasil no Caso Ximenes Lopez (eDOC 81, ADI 7.389), em 4 de

julho de 2006, visando à garantia da não-repetição de violações de direitos humanos, determinou dentre seus Pontos Resolutivos:

8. O Estado deve continuar a desenvolver um programa de formação e capacitação para o pessoal médico, de psiquiatria e psicologia, de enfermagem e auxiliares de enfermagem e para todas as pessoas vinculadas ao atendimento de saúde mental, em especial sobre os princípios que devem reger o trato das pessoas portadoras de deficiência mental, conforme os padrões internacionais sobre a matéria e aqueles dispostos nesta Sentença, nos termos do parágrafo 250 da presente Sentença.

Entre os parágrafos 130 e 135, a Sentença determina a observância de normas internacionais sobre a matéria em busca de uma nova mentalidade na gestão do atendimento às pessoas com deficiência mental, em especial os Princípios para a Proteção dos Doentes Mentais e para a Melhoria do Atendimento de Saúde Mental das Nações Unidas.

Esse é o contexto no qual o CNJ foi indicado pela própria Corte Interamericana de Direitos Humanos, em 23 de abril de 2021, como mediador da questão da saúde mental no Brasil (<https://www.cnj.jus.br/corte-interamericana-dos-direitos-humanos-indica-cnj-para-mediatar-impasse-da-saude-mental-no-brasil/>), levando à criação, por meio da Portaria 142, de 18 de maio de 2021, de Grupo de Trabalho para a realização de estudos e medidas voltadas à superação das dificuldades relativas à promoção da saúde mental. Foi então produzida a minuta de ato normativo posteriormente aprovada pelo Colegiado e convertida na Resolução nº. 487/2023.

Inclusive, em documento de monitoramento do cumprimento, pelo Estado brasileiro, das recomendações formuladas pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos, **o órgão cita expressamente a Resolução CNJ 487/2023 como passo significativo** em direção a uma

justiça mais inclusiva, já que foca no tratamento adequado das pessoas com transtornos mentais ou psicossociais em detenção (*Seguimiento de recomendaciones formuladas por la CIDH en sus informes de país o temáticos Brasil*, 2023, §387, citado no Relatório de eDOC 92, ADI 7.389, p. 37).

Por outro lado, **é consistente a preocupação de entidades médicas** quanto a dois relevantes pontos: **a indicação da ausência de estrutura e incapacidade de absorção da demanda** pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), **e a quantidade insuficiente de leitos de saúde mental em hospitais gerais** (SILVA, A.G.; TELLES, L. E. de B.; ALEXANDRE, M. F. de F.; RIGONATTI, L. F.; TEODORO, M. D. A.; DOURADO JR., J. B. e VALENÇA, A. M. O futuro dos pacientes de transtornos mentais em conflito com a lei após a publicação da Resolução 487/2023 pelo Conselho Nacional de Justiça. *Revista Debates em Psiquiatria*, v. 14, 2024, p. 1-8).

Pois bem. Faço referência a documentos públicos e oficiais do Ministério da Saúde e descrevo abaixo os dados recebidos ou juntados aos autos como exemplificação de que a Resolução questionada trouxe avanços relevantes e factíveis.

Quanto à **estrutura e capacidade operacional dos CAPS** e o **número de leitos de saúde mental em hospitais gerais**, o documento “Dados da rede de atenção psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)” (<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf>) e o relatório **Saúde Mental em Dados**, edição nº. 13 (disponível no sítio virtual do Ministério da Saúde), este último publicado em **fevereiro de 2025**, indicam um aumento de 2.836 para **3.019 Centros de Atenção Psicossocial implantados no país em 2024**, acompanhado da expansão de outros serviços como Unidades de Acolhimento, Serviços Hospitalares de Referência e Serviços Residenciais Terapêuticos.

Foi alcançado, **em 2024, o número de 2.116 leitos de saúde mental** (Gráfico 8, p. 33), enquanto o número de leitos em Hospitais Psiquiátricos vem decrescendo ao longo das últimas duas décadas, passando de

51.393 leitos, em 2002, para **10.890 leitos, em 2024** (eDOC 53, ADPF 1076, p. 22).

Segundo o SISDEPEN, base de dados do Ministério da Justiça e da Segurança Pública, com informações do segundo semestre de 2024, de um total estimado de 670.265 pessoas privadas de liberdade no Brasil em cela física, **são 1.776 pessoas em medida de segurança de internação, o que representa 0,26% da população carcerária nacional (considerando somente as pessoas presas em cela física).**

Considerando que **a maior parte das pessoas que vem sendo desinstitucionalizadas tem sido destinada com sucesso à própria família**, vê-se que os números, embora indiquem a necessidade de prudência e cautela, não nos trazem um cenário de absoluta falta de possibilidades e alternativas.

Nesse sentido vieram aos autos as Informações complementares pelo e. Ministro Presidente Roberto Barroso em 29 de agosto de 2024 (eDOC 90 e 91, ADI 7.389), acompanhadas de dois Relatórios sobre a implementação da política (eDOC 92, ADI 7.389; eDOC 53, ADPF 1076), sendo o mais recente de **junho de 2025**, trazendo evidências de um processo dificultoso, mas promissor e consistente, no interregno entre a publicação da resolução e a data presente.

Diversos *Amici curiae* trouxeram informações semelhantes, em suas sustentações orais, sobre o andamento do processo em curso de execução da política, como o Conselho Federal de Psicologia, o GAETS e as Defensorias Públicas de São Paulo, Goiás e Maranhão.

De acordo com o **Relatório de Implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário nº. 2**, de junho de 2025, do Conselho Nacional de Justiça:

“Com relação à apresentação de planos de ação pelos estados e pelo Distrito Federal, a responsividade foi de 100%, pois as 27 unidades federativas apresentaram planos ou comunicação sobre a implementação da Política

Antimanicomial do Poder Judiciário.

Das 27 unidades que apresentaram plano de ação em andamento ou comunicação sobre a implementação da política, **uma comunicou o cumprimento integral da política (CE), 12 cumprirão com tudo o que dispõe a política ainda em 2025** (AC, AM, BA, PB, PA, PE, PR, RN, RO, RR, SE, TO), **enquanto 10 cumprirão em 2026** (AL, AP, DF, ES, MG, MS, MT, RS, SC, SP). Os estados RJ e GO foram orientados a reapresentar o documento com complementações. Já a documentação submetida por PI e MA estão sob análise do CNJ.

Os prazos definidos em cada plano foram planejados de forma intersetorial pelos próprios estados, a partir de diagnósticos locais sobre o que já está em curso e o que ainda precisa ser pactuado entre Poderes para a implementação da política. Participaram da elaboração dos planos atores de instituições das áreas da saúde, da assistência social e do sistema de justiça, além de outros parceiros estratégicos em cada território. Para a sua construção, foram realizadas análises como a capacidade instalada dos serviços, a necessidade de articulação entre diferentes setores e o ritmo possível para garantir uma transição segura e estruturada para o novo modelo de cuidado.” (p. 13)

Informa o CNJ que, **até junho de 2025, homologou 22 planos estaduais** de implementação da política estabelecida pela Resolução, acrescidos do Estado do Ceará, o qual já implementou inteiramente a política, e outros quatro entes federados com seus planos ainda sob análise ou a serem reapresentados (Goiás, Rio de Janeiro, Piauí e Maranhão).

Relevante o registro, ainda, de que os Comitês Estaduais Interinstitucionais de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário (CEIMPA), previstos como meta do Plano

Pena Justa (ADPF 347), são realidade em 24 unidades da Federação, sendo que os outros três Estados (Alagoas, Bahia e Distrito Federal) possuem Grupos de Trabalho avançando na mesma direção (eDOC 53, ADPF 1076, p. 16).

Segundo levantamento realizado pelo CNJ junto a Tribunais estaduais, com dados até agosto de 2024, **2.521 Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) foram elaborados ou atualizados da edição da Resolução CNJ 487/2023 até o momento da consulta.** Informou-se, em importante indicador, **que das 1.410 pessoas desinstitucionalizadas entre a publicação da Resolução e agosto de 2024 (data do levantamento), 1.124 retornaram ao convívio familiar,** 92 foram incluídas em Serviço Residencial Terapêutico da RAPS e 27 em serviços de acolhimento social ou programas de moradia (eDOC 92, ADI 7.389, p. 28).

Foram juntados aos autos, ainda, documentos com informações do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (eDOC 94, ADI 7.389), indicando que 326 (trezentos e vinte e seis) decisões de desinternação foram proferidas entre março de 2022 e junho de 2024, com 19 (dezenove) prisões de pacientes no período, percentual de 5,8% de reentrada.

Similarmente, informações prestadas pelo Tribunal de Justiça do Ceará (eDOC 98, ADI 7.389) dão conta de um total de 51 (cinquenta e uma) pessoas desinstitucionalizadas entre 2020 e 2024, tendo sido 47 (quarenta e sete) encaminhadas para convívio familiar e comunitário, havendo somente 01 (uma) reentrada, pelo delito de furto.

Merece menção, ainda, a pesquisa publicada pelo Conselho Nacional de Justiça em setembro de 2024, realizada em parceria com o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), intitulada “Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei no Brasil: Itinerários Jurídicos e Portas de Saída”, com informações concretas sobre o perfil das pessoas internadas em medida de segurança (notícia disponível em: <https://www.cnj.jus.br/pesquisa-respalda-aplicacao-da-politica-antimanicomial-na-justica/>).

Analisando **sete estados entre 2018 e 2023**, verificou-se que, em São Paulo, 37% dos casos analisados tiveram diagnóstico de esquizofrenia, 21% de retardo mental e 9% de transtornos de personalidade. Relatou-se também grande quantidade de transtornos mentais decorrentes do consumo de álcool e outras drogas.

A constatação de dificuldades políticas ou econômicas não constitui, enfim, óbice jurídico à validação de política pública legítima e em permanente construção. Obstáculos materiais não são, afinal, parâmetro de controle de constitucionalidade, devendo ser levados em conta na qualidade de elementos a serem enfrentados pelas políticas públicas que buscam a efetividade dos direitos fundamentais e o respeito à Constituição.

Se o caminho para a consecução dos objetivos constitucionais é dificultoso, não cabe ao Supremo Tribunal Federal se imiscuir na **implementação em andamento** de uma política pública como a presentemente questionada.

Faço referência, nesse sentido, à notícia de que o Ministério da Saúde anunciou, em 2023, a destinação de cerca de R\$200 milhões de reais para serviços de saúde mental, visando estruturar 2.855 CAPS e 870 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) no país (eDOC 92, ADI 7.389, p. 20); bem como a diversos atos do Ministério da Saúde citados nos autos: Portaria nº. 336/2002, estabelecendo as modalidades de CAPS (eDOC 99, ADI 7.389); Portaria nº. 3.090/2011, que dispõe sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (eDOC 100, ADI 7.389); Portaria nº. 681/2023, a qual institui recomposição financeira para os Serviços Residenciais Terapêuticos (eDOC 101, ADI 7.389); e à Portaria GM/MS nº. 4.876, de 18 de julho de 2024, do Ministério da Saúde, a qual institui a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei com o objetivo de apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, no âmbito da Rede de

Atenção Psicossocial - RAPS do Sistema Único de Saúde SUS, estabelecendo competências e fluxos de trabalho, prevendo atuação conjunta com o Poder Judiciário e o Ministério Público e, entre outras medidas, incentivo financeiro para custeio mensal das equipes com recursos do Fundo Nacional de Saúde, transferidos diretamente aos fundos estaduais e distrital de saúde.

Na data de início do presente julgamento, em **10 de outubro de 2024**, noticiou-se a destinação de recursos orçamentários pelo Ministério da Saúde no montante de R\$ 383 milhões de reais para custeio anual dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Residências Terapêuticas, além da habilitação de 137 novos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/outubro/dia-mundial-da-saude-mental-governo-federal-aumenta-custeio-anual-da-rede-de-atencao-psicossocial-em-r-383-milhoes>).

Menciono, na mesma direção, experiências exemplares e bem-sucedidas de reorientação da política de saúde mental, anteriores à Resolução impugnada, mas adotando as mesmas diretrizes, como o **Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAIPJ), em Minas Gerais**, com índices de recidiva de somente 2% (BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Um dispositivo conector: relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 20/1, 2010, p.116-128); e o **Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILI), em Goiás** (SILVA, Haroldo Caetano da. Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do Paili. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 20/1, 2010, p.112-115).

Por fim, posicionou-se o Conselho Federal de Psicologia (eDOC 43, ADPF 1.076), na condição de *amicus curiae*, pela compreensão das dificuldades decorrentes da implementação da Resolução como uma **“oportunidade de qualificação da Rede de Atenção Psicossocial no país”**, sendo fundamental a ampliação do financiamento das políticas

públicas de saúde mental.

Necessário levar em conta, porém, as peculiaridades regionais que se põem em um país diverso e vasto como o Brasil, sendo importante que os prazos não sejam peremptórios, mas flexíveis, para adaptarem-se às necessidades locais.

Nessa direção, o e. Ministro Presidente comunicou, nos autos, a superveniência da Resolução CNJ nº. 572/2024, a qual inseriu o artigo 18-A na Resolução, possibilitando a prorrogação dos prazos a pedido de cada Tribunal, em articulação com os demais atores institucionais envolvidos na execução da Política, por decisão do Conselheiro Supervisor do Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas do CNJ.

Segundo a nova redação, a previsão foi no sentido de que se apresentasse proposta de plano de ação até 29 de novembro de 2024, podendo contemplar cronograma próprio e com o prazo considerado necessário para cada Estado (art. 18-A, §1º, III), o que vem ocorrendo com tranquilidade, como se depreende do Relatório do CNJ de junho de 2025, acima citado.

Considero que a alteração acima referida bem se enquadra às decisões do Supremo Tribunal Federal nos temas do sistema penitenciário e do direito à saúde. Refiro-me primeiramente à ADPF nº. 347, cuja decisão reconhece:

“Há um estado de coisas inconstitucional no sistema carcerário brasileiro, responsável pela violação massiva de direitos fundamentais dos presos. Esse estado de coisas demanda a atuação cooperativa das diversas autoridades, instituições e comunidade para a construção de uma solução satisfatória.”

A partir do julgamento da ADPF 347, busca-se uma tutela judicial

dialógica e interinstitucional capaz de levar em consideração o caráter policêntrico e multipolar de interesses envolvidos e impactados (BARROSO, L. R. e MELLO, P. P. C. O Estado de Coisas Inconstitucional no Sistema Carcerário brasileiro. In: BALAZEIRO, Alberto Bastos; ROCHA, Afonso de Paula Pinheiro e VEIGA, Guilherme org. *Novos Horizontes do Processo Estrutural*. Londrina: Thoth Editora, 2024, p. 38). Portanto, o presente julgamento constitui uma parte, um capítulo necessário e fundamental dentro do plano nacional determinado por esta Corte, denominado **“Pena Justa”**.

Em segundo lugar, há conexão com o **Tema 698** de Repercussão Geral (RE 864.612, Rel. Min. Barroso), de cujas teses destaco:

“1. A intervenção do Poder Judiciário em políticas públicas voltadas à realização de direitos fundamentais, em caso de ausência ou deficiência grave do serviço, não viola o princípio da separação dos poderes.

2. A decisão judicial, como regra, em lugar de determinar medidas pontuais, deve apontar as finalidades a serem alcançadas e determinar à Administração Pública que apresente um plano e/ou os meios adequados para alcançar o resultado.”

O liame foi bem notado pelo e. Min. Flávio Dino ao apreciar demanda específica sobre atos concretos relacionados ao artigo 18 da Resolução CNJ 487/2023 no bojo do Mandado de Segurança nº. 39.747/RJ, na Primeira Turma deste Tribunal.

Entendo, considerado tal contexto, que a nova previsão estabelecida no art. 18-A, §1º, III, da Resolução CNJ nº. 487/2023, com cronograma flexível e desde que respeite as necessidades e peculiaridades de cada ente federado, adequa-se às decisões já proferidas por esta Corte na ADPF 347/DF e no Tema 698-RG, desde que se garanta, pela via da interpretação conforme à Constituição, a

possibilidade de o ente federado, mediante procedimento específico para este fim, comprovar que o estabelecimento sob sua responsabilidade não se enquadra na classificação como “asilar”, não incidindo sobre ele, nesse caso, as determinações que decorrem de tal definição legal. Tal procedimento deve tramitar na forma de requerimento dirigido ao próprio Conselho Nacional de Justiça.

Importante ressaltar, por fim, que somente pacientes em medida de segurança é que são atingidos pelo ato normativo em discussão. A interdição de estabelecimentos como os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico não atinge outras pessoas sob custódia, condenadas criminalmente, e que necessitem de cuidados especiais à saúde, pois continuarão detidas em unidades prisionais ou, em casos graves, tratadas em hospitais gerais, mediante escolta, como sempre ocorreu e dentro das hipóteses legais de permissão de saída (art. 120, II, Lei de Execução Penal).

3. DISPOSITIVO

Por todo o exposto, voto para conhecer da ADI 7.389, da ADI 7.454, da ADI 7.566 e da ADPF 1.076, esta recebida como Ação Direta de Inconstitucionalidade e, no mérito, julgo constitucional a Resolução CNJ nº. 487/2023 e parcialmente procedentes os pedidos somente para dar interpretação conforme à Constituição:

a) ao artigo 13, §1º, da Resolução CNJ nº. 487/2023, quanto à expressão “em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde referenciado pelo Caps da Raps”, para esclarecer que cabe à Administração Pública realizar a gestão dos leitos disponíveis, observada a vedação legal à internação em instituições com características asilares;

b) ao artigo 13, §2º, da Resolução CNJ nº. 487/2023, quanto à expressão “a critério da equipe de saúde multidisciplinar”, para esclarecer que as decisões de internação ou desinternação decorrentes de

medida de segurança dependem de decisão judicial;

c) ao artigo 18, da Resolução CNJ nº. 487/2023, quanto à expressão “estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil”, para esclarecer que a determinação recai sobre aquelas com características asilares;

d) aos artigos 96 e 97 do Código Penal e 175 da Lei de Execução Penal, para assentar, em definitivo, a obrigatoriedade de observância e aplicação conjunta da Lei 10.216/2001, da Lei 13.146/2015 e da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, em interpretação *pro homine* que garanta a prevalência das normas garantidoras de direitos humanos e fundamentais.

Proponho, assim, a fixação das seguintes teses de julgamento:

1. A medida de segurança de internação prevista no Código Penal e na Lei de Execução Penal é hipótese de internação compulsória, aplicando-se integralmente à matéria a Lei 10.216/2001 e a Lei 13.146/2015, inclusive o princípio da excepcionalidade da internação e o direito à alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, devendo eventual conflito de normas ser resolvido por meio de interpretação *pro homine*.

2. A pessoa com transtorno mental em conflito com a lei tem garantidos os direitos previstos na Lei 10.216/2001, na Lei 13.146/2015 e na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, sendo vedada a internação em instituições com características asilares, assim entendidas aquelas sem condições de proporcionar assistência integral à saúde e de assegurar aos pacientes os direitos previstos no artigo 2º, parágrafo único, da Lei 10.216/2001, facultando-se ao ente federado comprovar perante o

Conselho Nacional de Justiça, mediante procedimento específico para este fim, que estabelecimento sob sua responsabilidade não se enquadra na classificação como “asilar”, não incidindo, nesse caso, as determinações que decorrem de tal definição.

3. Quando decorrente da aplicação de medida de segurança, a internação e a desinternação dependerão de decisão judicial, a qual será amparada por laudo médico circunstanciado e por avaliação biopsicossocial, com a participação de equipes multidisciplinares e multiprofissionais, cabendo à Administração Pública a definição do estabelecimento que alocação o leito.

É como voto.