

# Desinstitucionalização dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

*Deinstitutionalization of Custody and Psychiatric Treatment Hospitals*

*Desinstitucionalización de los Hospitales de Custodia y Tratamiento Psiquiátrico*

**Thayane Ferreira da Silva<sup>1</sup>**  
**Lúcio Willian Mota Siqueira<sup>2</sup>**

Universidade de Brasília (UnB) <sup>1</sup>  
Universidade de Brasília (UnB) <sup>2</sup>

## RESUMO

Este trabalho analisa o processo de desinstitucionalização dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil à luz da Resolução do Conselho Nacional de Justiça nº 487/2023, situando-o no contexto mais amplo da Reforma Psiquiátrica e das disputas ideológicas. A partir de revisão bibliográfica e da análise documental, o estudo identifica o descompasso entre o ideal normativo da política antimanicomial, centrado no cuidado em liberdade, na reconstrução de vínculos e no Projeto Terapêutico Singular, e sua concretização prática, marcada por retrocessos orçamentários, ampliação de práticas hospitalocêntricas e limitada articulação entre Judiciário e Rede de Atenção Psicossocial. O estudo enfatiza que o fechamento dos manicômios judiciais não depende apenas de marcos normativos, mas também necessita da transformação sociocultural para enfrentar as desigualdades que atravessam a produção social da loucura. Sem financiamento, integração intersetorial e levantamento e análise de dados acerca dos marcadores sociais, a política antimanicomial corre o risco de se alienar, apenas reproduzindo o modelo manicomial através de novas expressões.

**Palavras-chave:** Desinstitucionalização. Hospitais Psiquiátricos. Reforma Psiquiátrica. Saúde Mental.

## ABSTRACT

This work analyzes the process of deinstitutionalization of Brazil's Custody and Psychiatric Treatment Hospitals (HCTPs) in light of National Council of Justice Resolution nº 487/2023, situating it within the broader context of the Psychiatric Reform and ideological disputes. Based on a literature review and documentary analysis, the study identifies a discrepancy between the normative ideal of the anti-asylum policy (centered on care in freedom, the reconstruction of social bonds, and the Singular Therapeutic Project) and its practical implementation, marked by budget setbacks, the expansion of hospital-centered practices, and limited coordination between the Judiciary and the Psychosocial Care Network. The study

emphasizes that the closure of judicial asylums depends not only on regulatory frameworks but also on sociocultural transformation in order to confront inequalities that shape the social production of madness. Without adequate funding, intersectoral integration, and the collection and analysis of data regarding social markers, the anti-asylum policy risks becoming alienated, merely reproducing the asylum model through new expressions.

**Keywords:** Deinstitutionalization. Hospitals Psychiatric. Psychiatric Reform. Mental Health.

## **RESUMEN**

Este trabajo analiza el proceso de desinstitucionalización de los Hospitales de Custodia y Tratamiento Psiquiátrico en Brasil a la luz de la Resolución nº 487/2023 del Consejo Nacional de Justicia, situándolo en el contexto más amplio de la Reforma Psiquiátrica y de las disputas ideológicas. A partir de una revisión bibliográfica y del análisis documental, el estudio identifica la brecha entre el ideal normativo de la política antimanicomial, centrado en el cuidado en libertad, la reconstrucción de vínculos y el Proyecto Terapéutico Singular, y su concreción práctica, marcada por retrocesos presupuestarios, ampliación de prácticas hospitalocéntricas y limitada articulación entre el Poder Judicial y la Red de Atención Psicosocial. Asimismo, se enfatiza que el cierre de los manicomios judiciales no depende únicamente de marcos normativos, sino que requiere transformaciones socioculturales capaces de enfrentar las desigualdades que atraviesan la producción social de la locura. Sin financiamiento, integración intersectorial y producción de datos sobre los marcadores sociales, la política antimanicomial corre el riesgo de vaciarse y reproducir el modelo manicomial mediante nuevas formas de institucionalización.

**Palabras clave:** Desinstitucionalización. Hospitales Psiquiátricos. Reforma Psiquiátrica. Salud Mental.

## **1. INTRODUÇÃO**

A constituição histórica das políticas de saúde mental no Brasil sempre foi marcada por tensões entre práticas manicomiais, centradas na segregação e medicalização, e movimentos de luta pela garantia de direitos, que reivindicam cuidado em liberdade e reconhecimento pleno da dignidade das pessoas em sofrimento mental.

Nesse contexto, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), conhecidos popularmente como manicômios judiciários, ocupam um lugar estratégico na manutenção de práticas de exclusão que articulam penalidade, patologização e privação da liberdade de pessoas específicas. Trata-se de uma população historicamente marcada por múltiplas vulnerabilidades sociais, composta majoritariamente por homens, negros, com baixa escolaridade e trajetórias atravessadas pela pobreza e pela exclusão social. São sujeitos que, ao mesmo tempo em que são reconhecidos juridicamente como inimputáveis, permanecem submetidos a dispositivos de controle por tempo indeterminado. A permanência dessas

instituições revela que, mesmo após a Reforma Psiquiátrica e a promulgação da Lei nº 10.216/2001<sup>1</sup>, o paradigma manicomial ainda constitui um componente estruturante das respostas estatais à loucura, principalmente no sistema de justiça criminal.

É nesse cenário que se insere a temática deste artigo, que tem como objetivo geral analisar como vem se dando o fechamento dos hospitais psiquiátricos de custódia no Brasil a partir da Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Ao instituir a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, a Resolução configura-se como um marco jurídico-político que pretende alinhar o sistema de justiça aos princípios da Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e da Reforma Psiquiátrica brasileira, ao mesmo tempo em que impõe novos desafios institucionais para a efetivação da desinstitucionalização<sup>2</sup>.

Especificamente, (i) busca-se compreender o histórico da institucionalização por tempo indeterminado das pessoas em sofrimento psíquico no Brasil; (ii) analisar fundamentos e diretrizes da Resolução nº 487/2023 do CNJ; e (iii) identificar os principais desafios na implementação de medidas voltadas à desinstitucionalização dos HCTPs. Trata-se, portanto, de examinar não apenas o conteúdo normativo da política antimanicomial no âmbito judicial, mas também suas condições concretas de materialização diante das contradições estruturais que atravessam as políticas públicas de saúde mental e justiça no país.

Com isso, delimitou-se o objeto de pesquisa como o processo de fechamento dos HCTPs no Brasil no contexto de implementação da Resolução nº 487/2023 do CNJ. A partir desse objeto, elaborou-se a seguinte pergunta de pesquisa: visto que a Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça determina o encerramento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, quais são os atuais desafios para o fechamento dessas instituições no Brasil?

A formulação dessa pergunta está diretamente articulada à hipótese do estudo, que consiste na compreensão de que a desinstitucionalização dos HCTPs é dificultada por diversos movimentos político-ideológicos contrários à luta antimanicomial, além de interesses privados e setores conservadores, que comprometem, na prática, a efetivação do cuidado em liberdade<sup>3</sup>. Somam-se a falta de financiamento público e a fragmentação das redes intersetoriais, produzindo um cenário no qual a política antimanicomial se vê tensionada entre avanços normativos e retrocessos práticos.

O processo de desinstitucionalização exige, portanto, não apenas a interdição física dos hospitais, mas a transformação cultural e institucional das formas de gestão do sofrimento

mental, a reconstrução de vínculos no território e a superação de desigualdades estruturais que marcam a população custodiada<sup>4</sup>.

Do ponto de vista metodológico, este trabalho se caracteriza como uma pesquisa qualitativa<sup>5</sup>, fundamentada no método histórico-dialético, que permite compreender os fenômenos sociais em sua complexidade, historicidade e contradições<sup>6</sup>. A pesquisa é de natureza exploratória e descritiva<sup>7</sup> e envolve análise bibliográfica e documental, realizada de forma temática, a partir de (i) legislações nacionais, incluindo a Lei nº 10.216/2001, o Código Penal e as Resoluções nº 487/2023 e, sua atualização, nº 572/2024 do CNJ<sup>8</sup>; (ii) relatórios institucionais, com destaque para o Relatório de Inspeção Nacional: Desinstitucionalização dos Manicômios Judiciários - 2025 e documentos do Conselho Nacional de Justiça; e (iii) produção bibliográfica crítica no campo da saúde mental, com autores como Paulo Amarante, Michel Foucault, Achille Mbembe e Vera Portocarrero.

O recorte temporal concentra-se no período posterior a 2011, com ênfase nos retrocessos observados após 2016 e na implementação recente da Resolução nº 487/2023 do CNJ.

## **2. REFORMA PSIQUIÁTRICA INACABADA**

Desde sua emergência, na década de 1980, a Reforma Psiquiátrica apresentou avanços institucionais importantes. No entanto, apesar das conquistas, o processo permaneceu tensionado por interesses mercadológicos, pela reprodução da lógica hospitalocêntrica e a ausência de uma construção social da ideia de cuidado em liberdade<sup>1</sup>.

O cuidado em liberdade constitui um dos pilares centrais da Reforma, compreende que o tratamento da saúde mental deve ocorrer preferencialmente em serviços abertos e territorializados. Trata-se de promover a reabilitação psicossocial de forma socializada, por meio da reconstrução de vínculos familiares e comunitários, valorizando a autonomia do sujeito.

Ao romper com a lógica da exclusão, o cuidado em liberdade visa não apenas à

---

<sup>1</sup> Práticas clínicas e sociais que rompem com a lógica de tutela e segregação, reconhecendo os sujeitos em sofrimento psíquico como protagonistas de seu processo de cuidado e de vida. De acordo com Guimarães, Veras e Carli<sup>3</sup>, o cuidado em liberdade articula saúde, cidadania e emancipação, pautada em um paradigma ético e humanista que valoriza a participação ativa dos usuários e a construção coletiva de respostas terapêuticas. O conceito de Liberdade, desenvolvem os autores, “não diz exclusivamente respeito ao serviço ser aberto ou fechado, mas sim à noção do exercício da libertação das práticas de cuidado, diretamente ligado à relação que se estabelece entre as pessoas.” (p. 100). Essa perspectiva aproxima-se do pensamento freiriano, pois rompe com a ideia de práticas depositárias, em que o saber do profissional se impõe de forma unilateral, para dar lugar a um processo de construção compartilhada, e se contrapõe a lógica asilar, que por sua vez se estrutura no isolamento e na medicalização dos chamados loucos, tratando-os como objetos de intervenção e não como sujeitos de direitos.

atenção clínica, mas também à inclusão social e cidadã das pessoas em sofrimento psíquico, assegurando o direito à saúde em sua integralidade e dignidade.

O movimento de desinstitucionalização fortaleceu-se com a Reforma Psiquiátrica, inspirada pelas experiências italianas lideradas por Franco Basaglia e pelo movimento antimanicomial<sup>9</sup>. Em meio à redemocratização, articularam-se trabalhadores da saúde, familiares, usuários e movimentos sociais, consolidando a luta antimanicomial como ator político fundamental. “O desejo de ‘uma sociedade sem manicômios’, construído neste contexto, aponta para a necessidade do envolvimento da sociedade na discussão e encaminhamento de questões relacionadas à doença mental e à assistência psiquiátrica.”<sup>10</sup>(p. 4583).

A Reforma Psiquiátrica articulou-se à participação social e ao processo de democratização da saúde, materializado em conselhos e conferências. “A participação democrática e participativa tem por finalidade a democratização da saúde no Brasil e também se coloca como um instrumento para sua concretização/efetivação.”<sup>11</sup>(p. 2118).

Profissionais da saúde mental, usuários e familiares estiveram na linha de frente desse processo e esse movimento consolidou uma nova relação entre Estado e sociedade e ganhou base normativa com a Constituição de 1988<sup>12</sup>, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e reconheceu a saúde como direito de todos.

Um marco fundamental foi a Lei nº 10.216/2001, que redireciona o modelo assistencial para uma perspectiva comunitária e estabelece que o tratamento deve ocorrer preferencialmente em serviços comunitários, visando à reinserção social do paciente<sup>1</sup>. Na década seguinte, ampliaram-se os serviços extra-hospitalares com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela Portaria nº 3.088/2011, incluindo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Programa de Volta para Casa. Os CAPS são serviços comunitários voltados ao cuidado em liberdade e à reinserção social, em substituição ao modelo asilar. Como diretriz, a RAPS busca garantir cuidados humanizados e territoriais<sup>13</sup>.

Entretanto, apesar dos avanços legais e institucionais, a Reforma Psiquiátrica brasileira não superou totalmente a prática manicomial. Como uma das principais iniciativas nesse sentido, tem-se o Programa de Volta para Casa, que “viabilizou a desinstitucionalização de milhares de moradores de hospitais psiquiátricos – HPs, que são testemunhas vivas das atrocidades que a Psiquiatria impôs a centenas de vidas na recente história dos manicômios brasileiros.”<sup>14</sup>(p. 2).

A partir de 2011, há o retorno de práticas centradas no modelo biomédico e hospitalocêntrico, evidenciado pela reabertura de hospitais-dia e pelo aumento no número de

leitos psiquiátricos. “É preciso destacar que a expansão de serviços comunitários está praticamente estagnada após 2011 e que se carece de dados após 2015, numa lamentável perda de transparência do Ministério da Saúde.”<sup>15</sup>(p. 1).

Em 2016, observou-se a continuidade da interrupção no fortalecimento da RAPS e cortes significativos no financiamento da saúde. A aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016<sup>16</sup>, que instituiu o teto de gastos, teve impactos profundos sobre a saúde pública no Brasil. Ao congelar por vinte anos os investimentos sociais, a medida limitou a capacidade do SUS de expandir e consolidar serviços substitutivos ao modelo manicomial, como os CAPS. O teto representou uma “contrarreforma” que inviabilizou a universalidade do SUS, ao priorizar a lógica fiscal em detrimento da proteção social<sup>17</sup>.

Somente em fevereiro de 2025, após uma década sem atualizações, o Ministério da Saúde voltou a publicar os relatórios do programa “Saúde Mental em Dados”, permitindo a análise de dados entre 2015 e 2022, quando houve um retrocesso, com políticas contrárias à Reforma favorecendo serviços hospitalares. “A desaceleração tornou-se mais pronunciada a partir de 2017, ano em que foram publicadas portarias e normativas que resultaram em uma regressividade no modelo da Reforma Psiquiátrica brasileira”<sup>18</sup>(p. 8), como a Portaria nº 3.588/2017 que reintroduziu práticas hospitalocêntricas<sup>19</sup>.

Então, mesmo que a Lei nº 10.216/2001 seja orientada pela desinstitucionalização e pelo cuidado em liberdade, “a essência do modelo clássico da psiquiatria é a institucionalização do paciente, por sua exclusão social”<sup>20</sup>(p. 8). Ao se analisar o campo da saúde mental, constata-se que os atores da reforma são divididos em grupos heterogêneos que produziram diferentes práticas e olhares sobre a loucura, o que gera tensão entre formas de cuidado em liberdade e as estratégias tradicionais de exclusão e manutenção de interesses privados<sup>9</sup>.

E é nessa perspectiva que a medicalização surge como uma resposta imediata e conveniente. Ao transformar o sofrimento mental em questão exclusivamente biomédica, reduz-se a pressão por mudanças estruturais e desloca-se a atenção das contradições sociais que produzem a exclusão.

Na primeira conferência proferida, em outubro de 1974, na atual Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Michel Foucault abordou que a saúde deixou de ser apenas uma questão de tratamento de doenças para se converter em um dispositivo de normalização permanente, em que qualquer comportamento ou condição pode ser capturado pelo olhar médico. Em suas palavras, “com frequência bem maior, a medicina se impõe ao indivíduo, doente ou não, como ato de autoridade [...] com funções normalizadoras que vão bem além da

existência das doenças e da demanda do doente”<sup>21</sup>(p. 180-181), implicando uma vinculação com interesses externos, políticos e econômicos.

Assim, ao invés de promover a inclusão e o exercício da cidadania, a intervenção médica opera regulando populações indesejadas e reiterando sua posição de subalternidade. Como Foucault descreve, as categorias de doença e periculosidade frequentemente se sobrepõem, de modo que os sujeitos nunca escapam completamente da patologização, “há duas possibilidades: ou a de um pouco doente, sendo verdadeiramente delinquente; ou a de um pouco delinquente, sendo um verdadeiro doente. O delinquente não escapa da patologia”<sup>21</sup>(p. 186). Esse raciocínio ajuda a compreender como, ainda hoje, políticas públicas acabam por reforçar o estigma da loucura, associando-a a perigo e justificando, assim, medidas de confinamento ou medicalização excessiva.

No caso brasileiro, esse processo se traduz na perpetuação de políticas que deveriam promover a inclusão, mas que, em sua materialização, reafirmam a marginalização daqueles a quem se destina.

Como os retrocessos da primeira década do século XXI que contradizem a proposta da Reforma Psiquiátrica, pois reforçam a exclusão justamente daqueles mais vulneráveis, legitimando práticas que violam direitos humanos em nome da normalização. Foucault já advertia que “à medida que a medicina se converteu em uma prática social em lugar de individual, abriram-se possibilidades à anatomia patológica, à grande medicina hospitalar”<sup>21</sup>(p. 183), revelando como a medicalização coletiva, sustentada por políticas estatais, se torna um mecanismo de controle social e, assim, ele ainda articula: “Poder-se-ia dizer, quanto à sociedade moderna, que vivemos em ‘Estados médicos abertos’, em que a dimensão da medicalização já não tem limite. Certas resistências populares à medicalização devem-se justamente a essa predominância perpétua e constante.”<sup>21</sup>(p. 186).

Então, mesmo com o marco da Reforma Psiquiátrica, as práticas de tutela, segregação e medicalização excessiva seguem operando como resposta dominante, especialmente em momentos de fragilidade institucional e enfraquecimento das políticas de saúde mental, por isso, há uma resistência na extinção dos manicômios judiciários.

## **2.1. Judiciário e a produção da periculosidade**

Nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), ou manicômios judiciários, são encarcerados aqueles considerados inimputáveis criminalmente. A inimputabilidade é caracterizada por meio de uma determinada condição psíquica que afeta a capacidade de compreensão do indivíduo. Conforme o artigo 26º do Código Penal: “É isento

de pena o agente 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.”<sup>22</sup>

A lógica da inimputabilidade, e também da periculosidade, herdada de um sistema jurídico-penal historicamente excludente, mantém viva a estrutura segregante que marcou a formação da psiquiatria e do direito penal no Brasil.

Sob o discurso da proteção e do tratamento, o Estado construiu dispositivos legais que legitimaram a reclusão indefinida dos “loucos criminosos”, transformando o cuidado em forma de punição. A inimputabilidade, que deveria significar reconhecimento da vulnerabilidade e garantia de direitos, converte-se em instrumento de exclusão, retirando dessas pessoas a condição de sujeitos de direito e de cidadania. Da mesma forma, o conceito de periculosidade, opera como categoria moral que reforça estigmas e hierarquias sociais, naturalizando o confinamento em nome da segurança pública.

Na tecnicidade: a inimputabilidade não é absoluta, pois exige uma avaliação de cada caso concreto (laudo médico, perícia, etc.) para verificar se o transtorno mental realmente anula ou apenas reduz a capacidade de entendimento e autodeterminação (semi-imputável).

Já a periculosidade, conceito jurídico que sustenta a aplicação das medidas de segurança, está disposta no caput do artigo 26º e pode assumir natureza presumida ou real, absoluta ou relativa, conforme a situação do agente.<sup>22</sup>

Como explicam Rocha e Jacob<sup>23</sup>, na periculosidade presumida, aplicada ao inimputável, o indivíduo é considerado perigoso por determinação legal, o que implica a imposição automática da medida de segurança. É uma presunção absoluta, que dispensa prova e não admite contestação.

Por outro lado, a periculosidade real, prevista no parágrafo único do mesmo artigo, aplica-se aos semi-imputáveis, devendo ser demonstrada por meio de exame pericial e, ainda que sua natureza seja relativa, quando verificada a periculosidade “é recomendável que o juiz, ao invés de diminuir a pena, aplique a medida de segurança.”<sup>23</sup>(p. 4).

A decisão judicial sobre a aplicação da medida de segurança, portanto, se baseia nesse duplo critério: o reconhecimento de uma condição psíquica que compromete a imputabilidade e a constatação (ou presunção) de periculosidade.

A medida de segurança possui caráter apenas preventivo e terapêutico, possuindo pressuposto de periculosidade, sendo aplicada aos inimputáveis e semi-imputáveis, sua aplicação é por período determinado em relação a seu limite mínimo, todavia seu período máximo de duração é indeterminado, sendo necessário o fim da periculosidade do agente para que essa sanção penal chegue ao fim, o que resulta em muita controvérsia.<sup>23</sup>(p. 4-5).

O artigo 97º do Código Penal<sup>22</sup> prevê a internação enquanto não cessar a periculosidade, mas, na prática, pessoas inimputáveis permanecem internadas por tempo indefinido, ultrapassando a pena aplicável aos imputáveis. Isso contraria a Súmula 527 do Superior Tribunal de Justiça, em que “o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado” sendo, por analogia, o prazo máximo para a duração da medida de segurança reconhecido pelo Supremo Tribunal Federal de 30 anos, conforme o artigo 75 do Código Penal.<sup>24</sup>(p. 52-53).

Nesse processo, o Judiciário ocupa papel central na produção e manutenção da institucionalização, especialmente por meio do monopólio da decisão sobre a periculosidade. Embora apresentada como categoria técnico-clínica, a periculosidade opera como construção jurídico-política que autoriza a suspensão de direitos e a prorrogação indefinida da medida de segurança. Assim, mais do que responder a uma condição clínica, a medida de segurança funciona como dispositivo de controle social, sustentando a permanência de sujeitos em instituições totais sob a justificativa da proteção social.

Diante disso, a Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)<sup>2</sup> surge como um marco regulatório imprescindível voltado à superação desse quadro, ao instituir a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelecer diretrizes para a desinstitucionalização das pessoas internadas em HCTPs. A norma busca alinhar a atuação judicial aos princípios da Lei nº 10.216/2001 e da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, orientando o processo penal e a execução das medidas de segurança segundo a lógica do cuidado em liberdade. Trata-se de um marco jurídico-político que vincula diretamente o sistema de justiça à Reforma Psiquiátrica, indicando que o Judiciário não pode permanecer alheio ao enfrentamento das internações por tempo indeterminado.

Com a Resolução nº 572/2024<sup>8</sup>, ampliou-se o prazo para interdição parcial (9 meses) e total (15 meses), mas, até o fechamento do Relatório de Inspeção Nacional: Desinstitucionalização dos Manicômios Judiciários - 2025, apenas o Ceará havia implementado as ações da Resolução nº 487/2023. O prolongamento dos prazos, em vez de garantir direitos, opera como um mecanismo de adiamento de justiça social, tornando o discurso de urgência um fingimento de efetividade. “A prorrogação na execução da política não deve suprimir a urgência das ações em curso, nem encobrir as omissões históricas do sistema de justiça frente às violações perpetradas contra pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei.”<sup>25</sup>(p. 31).

O artigo 3º da Resolução nº 487/2023<sup>2</sup> orienta o cuidado voltado à reconstrução de

vínculos e acesso a direitos, priorizando a reinserção social, a Resolução reafirma o trabalho interdisciplinar e a articulação em rede, cabendo ao Judiciário colaborar com a construção de fluxos de atenção. Entretanto, trata-se de uma rede entre sujeitos diversos<sup>4</sup> e, assim, práticas excludentes persistem na fragilidade da articulação entre Judiciário, SUS e políticas intersetoriais.

A análise dos relatórios institucionais permite identificar que, nas inspeções realizadas nos estados brasileiros, muitas instituições permanecem isoladas do território e da rede de cuidado, reproduzindo características típicas do modelo asilar. “A negação da desinstitucionalização não se dá apenas pela ausência de fluxos formais de saída, mas pelo próprio esvaziamento do conceito de cuidado como experiência territorializada e compartilhada em rede.”<sup>25</sup>(p. 120).

Assim, tem-se um cenário sócio-histórico propício para disputas ideológicas e políticas, com o embate entre dois paradigmas históricos de cuidado em saúde mental no Brasil. De um lado, o psicossocial, que reconhece o sofrimento mental em seu contexto social e defende o cuidado em liberdade, e do outro, a preservação da lógica hospitalocêntrica, com o controle médico sobre o corpo e a conduta do sujeito. O que pode ser ilustrado analisando os posicionamentos de conselhos federais brasileiros acerca do marco jurídico da desinstitucionalização.

O Sistema Conselhos de Psicologia manifestou apoio integral à Resolução nº 487/2023<sup>26</sup>, destacando seu alinhamento com os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e, além de promover o fechamento definitivo dessas instituições, reforçam que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico são locais de graves violações dos Direitos Humanos e configuram variações ainda piores dos Hospitais Psiquiátricos, com o confinamento, a medicalização e o isolamento. O Conselho Federal de Psicologia (CFP) ressalta que é necessário fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial, por meio de investimentos públicos e da integração de protocolos e dispositivos normativos entre diferentes ministérios e esferas de governo, de modo a garantir o atendimento adequado às pessoas em conflito com a lei.

O documento conclui afirmando que “romper com a cultura manicomial e com todas as formas de opressão social, para construir possibilidades de convívio com as diferenças é essencial em uma sociedade democrática que preza pelos Direitos Humanos”<sup>26</sup>(p. 11). Assim, a Psicologia reconhece os determinantes sociais da saúde mental e defende uma política intersetorial, comunitária e de reinserção social.

Em contraposição, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e diversas Câmaras Técnicas de Psiquiatria dos Conselhos Regionais de Medicina posicionaram-se de maneira

crítica à Resolução, com o discurso da autonomia médica.

Inicialmente, o parecer do CFM argumenta que a norma “desampara o portador de doença mental que cometeu infração penal porque os estabelecimentos médicos comuns não dispõem de infraestrutura de segurança para garantir a incolumidade dessa população”<sup>27</sup>, sendo parte dessa crítica válida e compartilhada com o CFP, ao defender a RAPS e a necessidade de investimento.

Todavia, o Conselho entende que as restrições impostas pela Resolução, como a proibição de métodos de contenção física, mecânica ou farmacológica de forma desproporcional, prevista no artigo 3º, VII, além da limitação do uso da eletroconvulsoterapia<sup>2</sup>, comprometem a autonomia do ato médico. Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti, vice-presidente do CFM, declarou que “o médico precisa manter a autonomia para decidir os melhores métodos terapêuticos de acordo com as condições clínicas de cada paciente”<sup>27</sup>.

Esse posicionamento revela o viés clínico-biologicista predominante na Medicina psiquiátrica hegemônica, que tende a interpretar o sofrimento psíquico como disfunção individual, reforçando o tratamento medicalizante e institucionalização de métodos de contenção.

Embora a Resolução nº 487/2023 represente um avanço jurídico-normativo e político, o modelo de cuidado em liberdade ainda enfrenta a persistência da lógica asilar, da medicalização e da burocratização, inclusive em serviços substitutivos.

É a partir desse descompasso que se introduz a discussão sobre a desinstitucionalização em suas dimensões ideal e real, tomando o Projeto Terapêutico Singular como eixo analítico, buscando compreender como esse instrumento, pensado como estratégia de cuidado centrado no sujeito e no território, pode se tornar, em determinados contextos, um instrumento formal e prescritivo, evidenciando limites práticos da política e desafios na garantia de direitos.

### **3. DESINSTITUCIONALIZAÇÃO IDEAL E REAL**

A efetividade da Resolução nº 487/2023 depende de transformações mais profundas do que aquelas garantidas por meio da regulamentação, em seu ideal normativo, a política se fundamenta nos princípios da Lei nº 10.216/2001 e da Reforma Psiquiátrica brasileira<sup>2</sup>. A

---

<sup>2</sup> Lussi et al.<sup>14</sup> destacam que o histórico do uso da eletroconvulsoterapia (ECT) esteve associado a práticas de tortura, punitivas e indiscriminadas em instituições psiquiátricas, e o retorno da prática significa um avanço de forças conservadoras, que têm operado a favor de práticas asilares, abrindo brechas para interesses privados e religiosos que se opõem à luta antimanicomial.

nova concepção de saúde mental propõe um modelo centrado no sujeito e não na doença, pautado no tratamento humanizado e na articulação intersetorial entre políticas públicas, de modo a fortalecer o trabalho em rede e garantir a integralidade do cuidado<sup>28</sup>.

Por tanto, enquanto uma concepção que se ancora em um horizonte ético-político de reconhecer a pessoa em sofrimento psíquico como sujeito de direitos e integrante da vida social, um de seus instrumentos fundamentais é o Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS representa o compromisso de uma política que considera o contexto social, familiar e territorial de cada pessoa, articulando múltiplas dimensões da existência.

Analisando as práticas desenvolvidas no CAPS I – Odeonel Lopes (Marialva, Paraná), Frazatto e Fernandes<sup>29</sup> identificam três problemáticas na execução do PTS: a primeira diz respeito à limitação na inovação, uma vez que os PTS frequentemente se baseiam nas atividades já instituídas pelo serviço, em vez de partirem das necessidades singulares de cada caso. A segunda refere-se à tendência de reproduzir uma lógica produtivista nos serviços substitutivos, na qual o cuidado é medido pela ocupação constante do tempo, com o risco de que as intervenções tenham como objetivo deixar o usuário ocupado, numa tentativa de apenas mantê-lo dentro do serviço e não construindo intervenções que o ajudem na reinserção social. Por fim, as autoras apontam a sensação de impotência das equipes diante dos limites institucionais e territoriais, o que resulta em práticas restritas ao espaço interno do CAPS, reforçando a centralidade institucional em vez de acionar redes de apoio social e comunitário.

Algo que também foi mencionado no Relatório de Inspeção Nacional: Desinstitucionalização dos Manicômios Judiciários - 2025: “Em muitos desses casos, os profissionais relatam dificuldades estruturais, escassez de equipe e ausência de espaços organizados para o exercício da escuta e da construção coletiva do plano”<sup>25</sup>( p. 110).

Os documentos analisados indicam que essa dificuldade reflete a fragilidade das articulações intersetoriais e a necessidade de expandir o cuidado para o território, mobilizando recursos locais, saberes populares e políticas públicas de forma integrada.

A intersetorialidade, segundo Amarante, envolve “estratégias que perpassem vários setores sociais, tanto do campo da saúde mental e saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo”<sup>4</sup>(p. 86), exigindo que os serviços de atenção psicossocial atuem de forma integrada, articulando-se com a comunidade e mobilizando recursos do território, desde dispositivos da RAPS até políticas de saúde básica, assistência social, educação, cultura e outras instâncias da sociedade civil.

A desinstitucionalização, portanto, ultrapassa o campo jurídico ou técnico-administrativo, configurando-se como um processo político e epistemológico que

questiona a forma como a sociedade compreende a loucura, o cuidado e o papel das instituições. Trata-se de transformar o modo de produzir cuidado, deslocando o foco da doença para o sujeito em sua totalidade (relações, desejos, singularidades e vínculos sociais), não se restringindo à desospitalização, mas implicando mudanças nas práticas, saberes e valores.

Assim, desinstitucionalizar é uma aposta em outro modo de convivência com a diferença, uma ruptura com o paradigma asilar e uma reconstrução das bases ético-políticas do cuidado, abrindo espaço para uma racionalidade pautada na escuta, na liberdade e em práticas que tensionem o modelo excludente e disciplinar.

Ao investigar a política de saúde mental em Campos dos Goytacazes (Rio de Janeiro), Aline Pereira concluiu que um dos fatores que impede que a cidade abandone a lógica manicomial é de ordem cultural:

Constatou-se com a pesquisa que o hospital ainda é visto como o lugar ideal para acolhimento e tratamento da loucura. Entendemos que a cultura se constrói no meio das pessoas e precisa, da mesma forma, ser desconstruída no meio social. [...] Entendemos que, para enfrentar esse limite de ordem cultural, é necessário um trabalho tanto com o paciente, que por anos conviveu com e na lógica manicomial, quanto com a sociedade, que por anos pensou ser essa a melhor e única forma de tratar a loucura.<sup>28</sup>(p. 35).

A autora ainda prossegue, afirmando que a família também se insere nesse âmbito<sup>28</sup>, o ambiente familiar pode ser atravessado por tensões, estigmatização e culpa, pois “a desinstitucionalização [...] traz tensões nas relações de cuidado entre os sujeitos e seus familiares, no sentido de que a família passa a ser reconhecida como uma parte da vida social do sujeito, podendo compor a sua rede de convivência e de relações”<sup>30</sup>(p. 447). A permanência da ideia de que o hospital é o lugar adequado para tratar a loucura reflete uma cultura social que naturaliza o isolamento como forma de cuidado e a baixa participação familiar pode comprometer o processo terapêutico

Amarante ainda suscita a reflexão de que: “muitos internados também não querem retornar para suas casas [...] Assim, as políticas públicas devem oferecer condições para o processo de desinstitucionalização dessas pessoas.”<sup>4</sup>(p. 88). Na descaracterização dos Projetos Terapêuticos Singulares, destaca-se a ausência de participação das pessoas com deficiência psicossocial<sup>3</sup> e de seus familiares na elaboração e acompanhamento dos PTS, tornando-o um

---

<sup>3</sup> A expressão “deficiência psicossocial” tal como empregada neste trabalho, segue a definição operacional utilizada no Relatório de Inspeção Nacional: Desinstitucionalização dos Manicômios Judiciários - 2025<sup>25</sup>. No documento, é utilizada para designar pessoas submetidas a internações psiquiátricas em contexto de privação de liberdade que, em razão de sofrimento mental, são tratadas institucionalmente como sujeitos com deficiência para fins de garantia de direitos. O termo não constitui uma categoria clínica, mas uma categoria político-jurídica

ideal abstrato e vazio de singularidade e participação democrática no cuidado<sup>25</sup>, o que reforça uma lógica autoritária, tutelar e patologizante. Dessa forma, reforçam-se concepções que transferem ao indivíduo a responsabilidade por falhas que são, na verdade, estruturais.

É uma contradição que revela uma dimensão política profunda. Por que numa sociedade onde predomina-se a individualização, os problemas não são tratados também de forma singular, considerando todas as especificidades de um indivíduo, com um Projeto Terapêutico Singular adequado? O processo de culpabilização do indivíduo opera como um dos mecanismos centrais de manutenção da racionalidade burocrática que estrutura as políticas públicas.

Ao ser capturado pela lógica institucional, o PTS, originalmente como instrumento de cuidado integral, pode transformar-se em ferramenta de controle administrativo, em que o registro, o acompanhamento e a avaliação dos usuários (quando realizados) passam a priorizar a gestão dos casos em detrimento da compreensão da totalidade social do usuário, que passa a ser reduzido a um diagnóstico, a um prontuário ou a um número dentro do sistema.

Quando não há mudança nas relações de poder e nas práticas sociais, a desinstitucionalização não atinge a superação do modelo manicomial, mas apenas sua reprodução de outras formas. Na realidade, em vez da desinstitucionalização, frequentemente ocorre a transinstitucionalização<sup>25</sup>, compreendida como a transferência de pessoas de instituições asilares para outros espaços que, embora distintos em forma, continuam a reproduzir práticas de segregação, controle e violação de direitos, mantendo características asilares e, em alguns casos, implicando o encaminhamento para unidades penais ou alas psiquiátricas, em desacordo com marcos legais como a Reforma Psiquiátrica e a Política Antimanicomial.

Esse fenômeno está relacionado ao enfraquecimento das políticas sociais e à insuficiência das redes públicas de cuidado. A redução de direitos e a precarização dos serviços limitam as possibilidades concretas de vida em liberdade, produzindo novas formas de dependência institucional e restringindo a autonomia dos sujeitos. Como resultado, o cuidado tende a ser reorganizado segundo critérios administrativos, de eficiência e controle, abrindo espaço para a mercantilização do atendimento e privatização do sofrimento social.

O fracasso da desinstitucionalização é frequentemente atribuído ao próprio sujeito, e não à insuficiência das políticas públicas. A culpabilização do indivíduo reaparece sob novas roupagens: o paciente “não aderiu ao tratamento”, “não quis se reinserir”, “não se adaptou ao

---

empregada pelos órgãos fiscalizadores para evidenciar a posição dessas pessoas como titulares de direitos humanos e de proteção integral no âmbito das instituições manicomiais.

convívio social”. Como no que se pode chamar de moralização da pobreza, a vulnerabilidade é interpretada como falha pessoal, e o sofrimento, como consequência de escolhas individuais, reforçando o estigma e naturalizando a exclusão<sup>31</sup>.

O manicômio, portanto, não se restringe a uma instituição física, mas persiste como prática cultural, simbólica e política de gestão da diferença.

Diante desse contexto de fragilização dos direitos e esvaziamento do sentido do cuidado, a atuação crítica das equipes multiprofissionais torna-se fundamental para reconhecer o sujeito como resultado das contradições sociais mais amplas. Compreender as diferenças implica considerar marcadores como gênero, raça e classe, que estruturam as desigualdades e determinam quem está mais exposto às práticas de segregação e controle.

Ignorar tais marcadores é reproduzir a lógica da neutralidade institucional, que universaliza o sujeito e apaga desigualdades históricas. Acerca da ausência de informações encontrada nas inspeções dos HCTPs, o estudo do Conselho Federal de Psicologia, do Conselho Nacional de Justiça e dos Conselhos Regionais de Psicologia expõe:

O desprezo por esses marcadores - que deveriam orientar o cuidado, a proteção de direitos e o acompanhamento processual - evidencia o grau de descompromisso institucional com a produção de dados para a promoção de estratégias de desinstitucionalização e para o enfrentamento de determinantes sociais das vulnerabilidades específicas às deficiências e suas intersecções com outras dimensões vivenciadas pelas pessoas em internação.<sup>25</sup>(p. 111).

Essa ausência de informação não é neutra, revela a invisibilidade social de uma população sistematicamente marginalizada e o descaso histórico do Estado com as vidas confinadas, impedindo o reconhecimento das desigualdades que atravessam o sistema de justiça e as instituições psiquiátricas.

Segundo o jornal O Globo, com base no Relatório Anual do Estado Mental do Mundo (Sapien Labs), o Brasil ocupa o terceiro pior índice de saúde mental entre 64 países e, também ocupando o terceiro lugar no ranking de países que mais encarceram, qual o perfil desses usuários marginalizados?<sup>32,33</sup>

Até a produção do Relatório de Inspeção Nacional: Desinstitucionalização dos Manicômios Judiciários - 2025, apenas Pernambuco, São Paulo e Santa Catarina possuíam dados sobre raça, já no Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz (Minas Gerais), a gestão afirmou que não realiza a sistematização de dados sobre raça, deficiência, gênero ou condição jurídica, sob a justificativa de que “não usam para nada”<sup>25</sup>. Quando o próprio Estado afirma que tais dados “não servem para nada”, reforça-se uma lógica de apagamento que atinge sujeitos marcados por múltiplas vulnerabilidades, dificultando a fiscalização e a construção de

respostas intersetoriais.

Na tentativa de contornar essa lacuna e compreender quem são esses sujeitos marginalizados, recorrem-se a outros registros nacionais disponíveis, como os do Conselho Nacional de Justiça, que analisou o perfil dos internos de oito Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de cinco estados da Federação (Bahia, Pará, Paraíba, Rio Grande do Sul e São Paulo) e, em relação aos dados sociodemográficos, “é possível notar um perfil predominante: população masculina adulta, entre 30 e 49 anos, pouquíssimo escolarizada, com tendência a ser solteira e não ter filhos(as). Trata-se de uma população em sua maioria preta e parda, com exceção do estado do Rio Grande do Sul que possui mais pessoas brancas.”<sup>34</sup>(p. 23)

A população privada de liberdade é majoritariamente composta por homens jovens, negros e com baixa escolaridade, uma representação que não expressa desvio moral, mas as marcas históricas de um projeto de sociedade racialmente hierarquizado e fundado na desigual distribuição de riqueza, do trabalho e das oportunidades. Para entender como o Estado brasileiro produz e administra vidas e mortes de forma seletiva, orientando-se por critérios de gênero e também raça e classe, é fundamental a compreensão da articulação entre biopolítica e necropolítica.

Conforme propõe Michel Foucault<sup>35</sup>, a biopolítica emerge regulando os processos vitais da população, disciplinando corpos e normatizando condutas. Trata-se de um poder que se exerce sobre a vida e se organiza a partir de parâmetros de utilidade social, distribuindo cuidados de modo diferencial.

Essa gestão da vida é profundamente atravessada por relações de poder historicamente constituídas e a crítica pós-colonial<sup>4</sup>, especialmente em Achille Mbembe<sup>36</sup>, reforça que essa racionalidade não se distribui de modo homogêneo. Em sociedades marcadas pela colonialidade, como o Brasil, o poder opera por meio de dispositivos que produzem a morte como política de Estado e, a isso, Mbembe denomina necropolítica, definida como a capacidade estatal de decidir quem merece viver e quem é condenado ao esquecimento, criando territórios onde a morte é administrada e naturalizada como parte da ordem social.

São zonas onde determinadas populações são submetidas a condições sistemáticas de extermínio, vulnerabilidade extrema e sobrevivência precária, “mundos de morte”, nos quais

---

<sup>4</sup> O termo pós-colonial é alvo de críticas importantes, entre elas a de Nêgo Bispo, disponível no vídeo “Eu não sou decolonial, eu sou contracolonial”<sup>37</sup>, que contesta a ideia de que o colonialismo tenha sido superado. Em suas palavras: “o colonialismo nunca parou [...] continua cada vez mais eficiente, cada vez mais eficaz”. Por isso, afirma não se reconhecer nem como decolonial nem como pós-colonial, pois “para você ser decolonial ou para você se descolonizar, é preciso que você tenha sido colonizado”, o que não seria o caso dos povos quilombolas, que não se submeteram e não se subjugam. Bispo enfatiza: “eu sou contracolonialista, eu não sou Dé”.

sujeitos são reduzidos ao estatuto de “mortos-vivos”<sup>36</sup>. A racionalidade da necropolítica se torna particularmente evidente quando se observam os padrões de violência policial, encarceramento em massa, letalidade estatal, abandono das periferias urbanas e distribuição desigual das condições de existência.

Nas inspeções realizadas por entidades nacionais de fiscalização e garantia de direitos, as condições de existência denunciadas são inóspitas<sup>25</sup>: foram encontradas celas lotadas, com colchões deteriorados, falta de ventilação e iluminação, umidade constante e banheiros precários. Identifica-se também falta de acessibilidade, bem como a inexistência de licenciamento sanitário e dispositivos mínimos de segurança, como alarmes de incêndio, alvarás e extintores válidos. A alimentação é de baixa qualidade, enquanto o acesso à água potável é restrito e frequentemente mediado por estruturas insalubres. Em conjunto, tais achados, entre outros, mostram que esses estabelecimentos operam em total desconformidade com a legislação sanitária e com os direitos humanos

Além dos hospitais psiquiátricos, no contexto brasileiro, reconhecem-se territórios que compartilham dessas condições, como periferias militarizadas, favelas sob operações policiais, presídios superlotados e outras instituições totais, onde o “necropoder embaralha as fronteiras entre resistência e suicídio, sacrifício e redenção, mártir e liberdade”<sup>36</sup>(p. 71).

O Estado brasileiro regula de forma desigual a vida e a morte, garantindo proteção e reconhecimento para alguns, enquanto destina abandono, controle militarizado e extermínio para outros, sendo nesse regime que se inscrevem os corpos patologizados que compõem grande parte da população dos CAPS, das prisões e dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Essa dinâmica expressa uma seletividade penal, psiquiátrica e socioambiental articulada a processos sócio-históricos mais amplos, como a escravidão e a colonialidade.

Como demonstra Vera Portocarrero em “Arquivos da loucura”, a história da psiquiatria brasileira não pode ser lida como uma linha evolutiva ou como mera modernização humanitária. A autora argumenta que as transformações no campo psiquiátrico são “descontinuidades históricas” que reorganizam discursos e métodos sem romper com sua função estrutural. Em outras palavras, o manicômio se adapta, mas não desaparece: ressignifica seus objetivos e amplia seus dispositivos de normalização<sup>38</sup>.

A “descontinuidade” apontada por Portocarrero não significa ruptura, mas recomposição de práticas que fortaleceram mecanismos de vigilância. O surgimento da categoria de “anormalidade” ampliou o alcance da intervenção psiquiátrica para “todos os indisciplináveis”<sup>38</sup>(p. 39), reforçando a função política da psiquiatria de administrar corpos considerados perigosos ou inúteis.

Torna-se evidente que o Estado capitalista não utiliza o aparato psiquiátrico para garantir cuidado, mas para isolar populações excedentes, moralizando a pobreza e controlando aqueles que denunciam as contradições da dinâmica de acumulação capitalista.

Qualquer proposta de desinstitucionalização que não considere as determinações estruturais (sexismo, racismo, luta de classes, lógica da acumulação capitalista) está fadada a reprodução das práticas de exclusão sob novas roupagens institucionais.

No plano institucional, a continuidade histórica ainda se evidencia pelo modo como o Estado produz apagamentos sistemáticos. A ausência dos marcadores sociais nos hospitais de custódia atualiza, em chave contemporânea, o apagamento identificado por Portocarrero nos arquivos psiquiátricos do século XX. Assim como os antigos prontuários operavam como instrumentos de classificação moral e racial, mas ocultavam a dimensão política dessas práticas, o não registro atual impede que se identifique quem são os sujeitos mais atingidos pela institucionalização. Trata-se de um dispositivo de invisibilização que não é neutro, mas funcional à manutenção da lógica manicomial. Historicamente, a psiquiatria brasileira produziu sujeitos “sem nome” e “sem lugar”, reduzidos a categorias patologizantes. A produção desses arquivos incompletos ou silenciados constitui parte da própria racionalidade que legitima a exclusão, pois o que não é registrado não existe como problema político<sup>38</sup>.

Marcos normativos que resistem ao apagamento de dados, processo contínuo que constitui um empecilho para que a criticidade profissional seja desenvolvida, são essenciais: A Portaria nº 2.198/2023 institui a Estratégia Antirracista para a Saúde, em que a política de saúde mental deve incorporar a perspectiva étnico-racial na formulação, execução e monitoramento das ações, considerando as especificidades do sofrimento psíquico entre diferentes segmentos da população. De modo complementar, a Portaria nº 344/2017, torna obrigatória a coleta do quesito raça-cor nos registros de saúde e prontuários, o que implica uma mudança estrutural nos sistemas de informação e na produção de dados que sustentam a RAPS.<sup>39,40</sup>

Em síntese, a superação do manicômio, físico, simbólico ou jurídico, só pode ser efetivamente compreendida quando analisada à luz das dimensões estruturais que atravessam os sujeitos: gênero, sexualidade, raça, classe, território, geração. A biopolítica e a necropolítica revelam que a institucionalização psiquiátrica e penal opera como tecnologia de controle da pobreza e dos corpos racializados.

#### 4. APONTAMENTOS FINAIS

A análise documental e bibliográfica desenvolvida permitiu compreender que o processo de desinstitucionalização dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) no Brasil constitui um dos desafios mais complexos, tensos e contraditórios da política de saúde mental contemporânea.

Observa-se um descompasso entre o plano normativo da política antimanicomial e sua materialização concreta. Os materiais analisados, especialmente relatórios institucionais e normativas do Conselho Nacional de Justiça, indicam que a implementação da Resolução nº 487/2023 ocorre de forma fragmentada, marcada por dificuldades estruturais, limitações na articulação intersetorial e permanência de práticas alinhadas ao modelo manicomial. Assim, embora represente um marco jurídico-político, sua efetivação se depara com desigualdades profundamente enraizadas na sociedade brasileira.

Entre os principais achados, destacam-se: (i) a persistência da lógica asilar, mesmo em contextos de fechamento formal dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico; (ii) a fragilidade na articulação entre o Judiciário e a Rede de Atenção Psicossocial, dificultando a construção de fluxos efetivos de cuidado em liberdade; e (iii) o uso recorrente de categorias como periculosidade, que operam como dispositivos de manutenção da institucionalização por tempo indeterminado.

Os resultados da pesquisa reforçam que a permanência dos HCTPs não se reduz a um problema técnico ou administrativo, mas expressa uma racionalidade política e histórica que articula alienação, punição, controle social, medicalização e racialização da pobreza. O manicômio judiciário, nesse sentido, permanece como uma instituição que sustenta a lógica de que determinados corpos (em sua maioria negros, pobres e masculinos) devem ser geridos pelo isolamento, e não pelo cuidado.

Essa constatação se repete em relatórios nacionais, em fiscalizações e na literatura crítica, demonstrando que, apesar dos avanços normativos, as práticas institucionais ainda estão longe de acompanhar as diretrizes propostas.

Os relatos das inspeções nacionais ilustram que muitos HCTPs continuam isolados do território, que a articulação entre Judiciário e RAPS é deficiente e que o PTS, instrumento central da política, frequentemente se reduz a documento formal sem força transformadora<sup>25</sup>. As prorrogações de prazo e os retrocessos normativos e orçamentários nas últimas décadas evidenciam que marcos legais são insuficientes sem condições materiais e políticas de implementação.

Um elemento destacado é a necessidade de pensar a desinstitucionalização considerando gênero, raça e classe como não são variáveis secundárias, mas determinantes na produção do confinamento e na forma como o sofrimento psíquico é interpretado e tratado.

Sem a produção e sistematização de marcadores sociais nos registros institucionais e sem políticas antirracistas integradas à RAPS, qualquer projeto de fechamento dos hospitais psiquiátricos corre o risco de reproduzir práticas de exclusão sob novas formas, como a trans institucionalização ou a medicalização, que mantém a gestão seletiva da vida.

A desinstitucionalização não é apenas um horizonte normativo inalcançável, ela é possível. A Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça, apesar de suas tensões, constitui um ponto de partida fundamental, capaz de mobilizar atores institucionais, redes profissionais e movimentos sociais em direção a um projeto de sociedade verdadeiramente antimanicomial. Se há desafios, há também possibilidades concretas.

Assim, recomenda-se um conjunto de medidas articuladas: (i) assegurar financiamento estável e dedicado à expansão e consolidação da RAPS; (ii) instituir fluxos formais e responsabilização interinstitucional entre Judiciário, Saúde e Assistência Social para uma boa articulação; (iii) promover a coleta e a sistematização de dados por gênero, raça, classe e condição jurídica; (iv) implementar estratégias antirracistas e de gênero na formulação de políticas de saúde mental; e (v) incentivo à participação democrática de usuários e familiares, eixo central da Reforma Psiquiátrica.

Essas possibilidades, embora desafiadoras, apontam para a consolidação de um cuidado que reconhece o sujeito em sua historicidade, singularidade e dignidade. A luta antimanicomial ultrapassa o fechamento de instituições, exigindo transformações profundas nas relações sociais, na atuação do Estado e na forma como a sociedade compreende o sofrimento psíquico.

Assim, conclui-se que a desinstitucionalização dos HCTPs é viável e necessária, mas depende de uma articulação política, ética e social que enfrente as desigualdades estruturais do país. A construção de uma sociedade verdadeiramente antimanicomial exige superar racionalidades disciplinares e necropolíticas, reconhecendo que a loucura é parte da vida social e não deve ser administrada pela violência institucional.

Somente assim será possível efetivar a política antimanicomial do Poder Judiciário e avançar rumo a um horizonte em que o cuidado em liberdade seja, enfim, uma realidade para todas as pessoas em sofrimento psíquico, sobretudo aquelas historicamente silenciadas pelo sistema penal-psiquiátrico brasileiro, pois enquanto houver manicômios, não haverá justiça. “Por uma sociedade sem manicômios”.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2001. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm).
2. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023. Brasília (DF): CNJ; 2023. Available from: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4960>.
3. Guimarães ACA, Veras AB, Carli AD. Cuidado em liberdade, um encontro entre Paulo Freire e a reforma psiquiátrica. *Psicologia e Saúde*. 2018;10(1). doi:10.20435/pssa.v10i1.696.
4. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 3rd ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
5. Pereira AS, Shitsuka DM, Parreira FJ, Shitsuka R. Metodologia da pesquisa científica [Internet]. Santa Maria; 2018. [citado em 22 de fevereiro de 2023]. Available from: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/15824>.
6. Netto JP. Introdução ao estudo do método de Marx. São Paulo: Expressão Popular; 2011.
7. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2008.
8. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 572, de 26 de agosto de 2024. Brasília (DF): CNJ; 2024. Available from: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/5706>.
9. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2nd ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
10. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira. *Cien Saude Colet*. 2011. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JnBHtt8Q8NNHFHbVw5ww5mC/>.
11. Guimarães JMX, Jorge MSB, Maia RCF, Oliveira LC, Moraes APP, Lima MPO, et al. Participação social na saúde mental. *Cien Saude Colet*. 2010;15(4).
12. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília (DF): Senado Federal; 1988. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).
14. Lussi IAO, Ferigato SH, Gozzi APNF, Fernandes ADSA, Morato GG, Cid MFB, et al. Saúde mental em pauta. *Cad Bras Ter Ocup*. 2019;27(1). doi:10.4322/2526-8910.ctoED2701.
15. Onocko-Campos RT. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad Saude Publica*. 2019;35(11).
16. Brasil. Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal. Diário Oficial da União. 2016 dez 15. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm).
17. Vieira FS, Benevides RPS. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília (DF): Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2016 set. (Nota técnica n. 28).
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde mental em dados 13. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 [publicado 2025 fev]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/saude-mental-em-dados>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html).

20. Silva ATMC, Barros S, Oliveira MAF. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;36(1). doi:10.1590/S0080-62342002000100002.
21. Foucault M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. *Verve*. 2010;(18).
22. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal). Rio de Janeiro: Diário Oficial da União; 1940. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm).
23. Rocha NS, Jacob A. Aplicação e eficácia da medida de segurança. *Rev Multidisciplinar Nordeste Mineiro*. 2024;8.
24. Ventura FC. A loucura, a lei penal e a justiça criminal. Porto Alegre: UFRGS; 2022.
25. Conselho Federal de Psicologia, Conselho Nacional de Justiça, Conselhos Regionais de Psicologia. Relatório de inspeção nacional: desinstitucionalização dos manicômios judiciários. Brasília (DF): CFP; 2025.
26. Conselho Federal de Psicologia. Nota nº 5/2023/STEC/GTEC/CGEST-CFP – Posicionamento sobre a Resolução CNJ nº 487/2023. Brasília (DF): CFP; 2023. Available from: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2023/05/Posicionamento-do-Sistema-Conselhos-de-Psicologia-sobre-a-Resolucao-CNJ-487.pdf>.
27. Conselho Federal de Medicina. Parecer sobre a Resolução CNJ nº 487/23. Brasília (DF): CFM; 2024. Available from: <https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-emite-parecer-sobre-a-resolucao-cnj-no-487-23>.
28. Pereira AN. Desinstitucionalização: um desafio à política de saúde mental. *Vértices*. 2014;16(1). doi:10.5935/1809-2667.20140002.
29. Frazatto CF, Fernandes JC. Práticas do CAPS I e o desafio da desinstitucionalização. *Psicologia em Revista*. 2021;30(1). doi:10.23925/2594-3871.2021v30i1p54-75.
30. Ferreira TPS, Sampaio J, Oliveira IL, Gomes LB. A família no cuidado em saúde mental: desafios para a produção de vidas. *Saúde Debate*. 2019;43(121). doi:10.1590/0103-1104201912112.
31. Yazbek MC. Pobreza no Brasil contemporâneo. *Serv Soc Soc*. 2012;(110):288-322.
32. O Globo. Brasil tem terceiro pior índice de saúde mental em ranking com 64 países. Rio de Janeiro: O Globo; 2023. Available from: <https://oglobo.globo.com/saude/bem-estar/noticia/2023/03/brasil-tem-terceiro-pior-indice-de-saude-mental-e-m-ranking-com-64-paises.ghtml>.
33. Conselho Nacional de Justiça. Pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no Brasil: itinerários jurídicos e portas de saída. Brasília (DF): CNJ; 2024.
34. Conselho Nacional de Justiça. Sumário executivo – Justiça Pesquisa: pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no Brasil. Brasília (DF): CNJ; 2023. Available from: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2024/10/6ajp-cebrap-saude-mental-sumario-executivo.pdf>.
35. Foucault M. História da sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal; 1997.
36. Mbembe A. Necropolítica. 3rd ed. São Paulo: n-1 edições; 2018.
37. Instituto Elos. Eu não sou decolonial, eu sou contracolonial | Nêgo Bispo no Instituto Elos [video]. YouTube; 2023. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=2pzGaNTT5wU>.
38. Portocarrero V. Arquivos da loucura. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. doi:10.7476/9788575413883.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.198, de 6 de dezembro de 2023. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt2198\\_07\\_12\\_2023.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt2198_07_12_2023.html).
40. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 1 de fevereiro de 2017. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344\\_01\\_02\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html).