

Os desafios à implementação da Resolução CNJ n.º 487/2023

The challenges to implementing CNJ Resolution No. 487/2023

Los desafíos para la implementación de la Resolución CNJ n.º 487/2023

Jamila Zgiet

Assistente social, Doutora em Política
Social pela UnB, servidora da Secretaria
de Saúde do Distrito Federal

RESUMO

Este artigo apresenta uma reflexão sobre os desafios da implementação da Resolução CNJ n.º 487/2023. É feita uma primeira aproximação ao tema, descrevendo a medida de segurança e a própria resolução, detalhando aspectos de seu texto. Em seguida, são apontadas as críticas feitas por entidades ao documento. A fim de discutir a prática de sua implementação, são abordados os desafios de residencialidade para pessoas com transtorno mental advindas do sistema penal, para, por fim, apresentar os desafios globais para sua implantação. Conclui-se que, ainda que haja risco de a resolução não ser colocada em prática plenamente, dadas as iniciativas de confrontá-la, o debate gerado promove novas formas de lidar com a questão e impõe que as políticas sociais se preparem para receber esse público.

Palavras-chave: Medida de segurança. Resolução 487. Reforma psiquiátrica.

ABSTRACT

This article presents a reflection on the challenges of implementing CNJ Resolution No. 487/2023. It offers an initial approach to the topic by describing the security measure and the resolution itself, detailing aspects of its text. It then outlines the criticisms made by organizations regarding the document. In order to discuss the practical aspects of its implementation, the challenges of housing (residential support) for people with mental disorders coming from the criminal justice system are addressed, and, finally, the broader challenges for its implementation are presented. It concludes that, although there is a risk that the resolution may not be fully implemented, given the initiatives opposing it, the debate it has generated promotes new ways of dealing with the issue and requires social policies to prepare to receive this population.

Keywords: Security measure. Resolution 487. Psychiatric reform.

RESUMEN

Este artículo presenta una reflexión sobre los desafíos de la implementación de la Resolución CNJ n.º 487/2023. Se realiza una primera aproximación al tema, describiendo la medida de seguridad y la propia resolución, detallando aspectos de su texto. A continuación, se señalan las críticas formuladas por entidades al documento. Con el fin de discutir la práctica de su implementación, se abordan los desafíos de residencialidad para personas con trastornos mentales provenientes del sistema penal y, por último, se presentan los desafíos globales para su implantación. Se concluye que, aunque existe el riesgo de que la resolución no sea plenamente implementada, dadas las iniciativas para confrontarla, el debate generado promueve nuevas formas de abordar la cuestión y exige que las políticas sociales se preparen para acoger a este público.

Palabras clave: Medida de seguridad. Resolución 487. Reforma psiquiátrica.

1. INTRODUÇÃO

O transtorno mental vem sendo alvo de discriminação e preconceitos ao longo da história. O seu encontro com o cometimento de crimes e com o sistema penal promove um duplo estigma, maximizando o discurso de periculosidade em torno da condição psíquica e reforçando na sociedade o medo em relação a essas pessoas.

O cuidado com as pessoas com transtorno mental e a adaptação das políticas de segurança pública relacionadas a esse público são resultado de uma reflexão moral e ética do que pretendemos ser como sociedade. Embora a legislação muitas vezes espelhe o desejo da maioria no que se considera punição adequada, por exemplo, em outros momentos é necessário se submeter a entendimentos internacionais a fim de que se cumpram diretrizes de direitos humanos e outras que nem sempre somos capazes de atingir, enquanto um país em desenvolvimento.

Nesse sentido, a implantação da política antimanicomial no Poder Judiciário, definida nos termos da Resolução CNJ n.º 487, de 15 de fevereiro de 2023¹, encontra diversos entraves, que perpassam a capacidade das políticas públicas, a maturidade jurídica e institucional brasileira e a percepção da sociedade quanto à matéria.

Neste texto, nos debruçaremos sobre as dificuldades para implementação dessa resolução, especialmente no que se refere ao acolhimento de pessoas egressas de medidas de segurança de internação em serviços residenciais ou asilares numa perspectiva de desinstitucionalização, quando comunidade e imprensa expressam reações que se aproximam de uma fobia a esse público.

Trata-se de uma análise de cunho qualitativo do tipo revisão de escopo, que, segundo Cordeiro e Soares², “é proposta para a realização de mapeamento da literatura num determinado campo de interesse, sobretudo quando revisões acerca do tema ainda não foram publicadas” (p.38). Tal proposta faz-se coerente se considerarmos o fato de que o fenômeno analisado é recente, havendo poucos estudos a seu respeito.

Além disso, foi realizada análise documental, com ênfase na legislação que antecede e a resolução que implanta a política antimanicomial no sistema judiciário.

Iniciaremos abordando conceitos relevantes para que se compreenda o assunto, como o de medidas de segurança e imputabilidade. Em seguida, a Resolução CNJ n.º 487/2023 será analisada de forma aprofundada, sendo detalhadas as legislações que a inspiram e nas quais ela se baseia, destacando-se, ainda, produções acadêmicas sobre o tema. Em seguida, serão abordadas críticas à resolução e as possíveis soluções para acolhimento dos egressos de medida de segurança de internação. Por fim, serão tratados os desafios e as perspectivas para efetivação da decisão.

1.1 Medida de segurança

A fim de compreender melhor o estatuto da medida de segurança no Brasil, abordaremos o conceito de imputabilidade, o qual determina a aplicação ou não da medida de segurança à pessoa com transtorno mental que cometa crime.

A imputabilidade diz respeito à responsabilidade penal do sujeito, ou seja, sua capacidade de compreender o caráter ilícito da ação e de se autodeterminar naquele momento³. Segundo o Código Penal Brasileiro⁴, a imputabilidade está relacionada à condição psíquica dos indivíduos e busca a tomada de decisões justas quando da impossibilidade de o sujeito ser penalizado por algo que cometeu sem a percepção de que o fazia ou sem a compreensão de que o ato configuraria crime ou fizesse mal a algo ou alguém.

As pessoas com transtorno mental podem ser consideradas semi-imputáveis ou inimputáveis. São semi-imputáveis aqueles indivíduos cuja compreensão do ato delituoso esteja comprometida, mas não excluída por completo, enquanto os inimputáveis são aqueles avaliados como completamente incapazes de compreender a ilicitude de seu ato e se autodeterminar. “Contudo, os limites entre a imputabilidade e a semi-imputabilidade nem sempre são claros, exigindo uma análise aprofundada do caso concreto, geralmente por meio de perícia médica especializada” (p. 3964)³. Aos

inimputáveis é estabelecida uma absolvição imprópria, em que o indivíduo é absolvido no processo, mas a quem é imposta uma medida de segurança.

Na prática, a semi-imputabilidade aparece como atenuante nos julgamentos, podendo ser estipulada uma pena menor àquela pessoa, enquanto, para as pessoas inimputáveis, são aplicadas medidas de segurança. Estas, embora sejam consideradas formalmente uma alternativa à aplicação de pena, mantêm uma lógica segregacionista, fazendo com que o segurado permaneça isolado da sociedade por tempo indefinido. Essa perspectiva também reforça a associação entre o transtorno mental e a periculosidade, uma vez que a liberdade dos inimputáveis só seria possível com a cessação de periculosidade atestada por um médico, e reduz as possibilidades de defesa desses sujeitos⁵.

Vale lembrar que o problema do louco infrator não é recente e que se agravou com as mudanças impostas pela industrialização, uma vez que se tratam de pessoas muitas vezes incapazes para o trabalho e, ao mesmo tempo, consideradas inimputáveis. Verifica-se que, segundo o Código Criminal do Império⁶, de 1830, em seu artigo 10, não se julgarão criminosos: “Os loucos de todo o genero, salvo se tiverem lucidos intervallos, e nelles commetterem o crime”.

O artigo 12 do mesmo código prevê que “Os loucos que tiverem commettido crimes, serão recolhidos ás casas para elles destinadas, ou entregues ás suas familias, como ao Juiz parecer mais conveniente”. Assim, essas pessoas eram encaminhadas às Santas Casas de Misericórdia e, após 1852, também ao Hospital Pedro II, no Rio de Janeiro, seguido de outras instituições abertas a partir de então, como a Colônia Juliano Moreira e o Hospício do Engenho de Dentro.

O Código Penal de 1940⁴, ainda vigente, aborda a medida de segurança sempre relacionada à periculosidade do autor do crime. Em trechos já revogados, lê-se:

“Art. 76. A aplicação da medida de segurança presuppõe:

I - a prática de fato previsto como crime;

II - a periculosidade do agente.

Art. 77. Quando a periculosidade não é presumida por lei, deve ser reconhecido perigoso o indivíduo, se a sua personalidade e antecedentes, bem como os motivos e circunstâncias do crime autorizam a suposição de que venha ou torne a delinquir.

[...]

Art. 79. A medida de segurança é imposta na sentença de condenação ou de absolvição.

Parágrafo único. Depois da sentença, a medida de segurança pode ser imposta:

I - durante a execução da pena ou durante o tempo em que a ela se furte o condenado;

II - enquanto não decorrido tempo equivalente ao da duração mínima da medida de segurança, a indivíduo que, embora absolvido, a lei presume perigoso;

III - nos outros casos expressos em lei.

Na ocorrência de transtorno mental, a lei previa, ainda:

Art. 83. O indivíduo sujeito a medida de segurança detentiva, a quem, antes de iniciada a execução ou durante ela, sobrevem doença mental, deve ser recolhido a manicômio judiciário ou, à falta, a estabelecimento adequado, onde se lhe assegure a custódia.

Quando não detentiva a medida, a execução não se inicia e, quando iniciada, não prossegue.

Parágrafo único. Verificada a cura, sem que tenha desaparecido a periculosidade, o juiz pode determinar:

I - o início ou o prosseguimento da execução da medida;

II - a substituição da medida de segurança não detentiva por outra de igual natureza;

III - a substituição da medida detentiva por outra de igual natureza ou pela liberdade vigiada.”

Logo, o aprisionamento dos sujeitos ocorria por presunção da possibilidade de reincidência, o que era determinado por perícia médica que atestasse a cessação ou a manutenção da periculosidade.

Guilherme Nucci, citado na página do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios⁷, complementa:

“Antes da Reforma Penal de 1984, prevalecia o sistema do duplo binário, vale dizer, o juiz podia aplicar pena mais medida de segurança. Quando o réu praticava delito grave e violento, sendo considerado perigoso, recebia pena e medida de segurança. Assim, terminada a pena privativa de liberdade, continuava detido até que houvesse o exame de cessação de periculosidade. Na prática, para a maioria dos sentenciados, a prisão indefinida afigurava-se profundamente injusta – afinal, na época do delito, fora considerado imputável, não havendo sentido para sofrer dupla penalidade.”

Extinta a possibilidade de dupla penalização, o texto atual considera duas formas de aplicação das medidas de segurança – a internação em hospital de custódia ou similar e o acompanhamento ambulatorial. O parágrafo 1º do Artigo 97, mesmo após a reforma de 1984, estabelece um prazo mínimo de aplicação da medida de segurança – de um a três anos –, mas informa que a duração é indeterminada, dependendo da cessação de periculosidade. Estabelece, ainda, que a liberação ou a desinternação será sempre condicional e que a situação pode retroceder em caso de reincidência⁴. Dessa forma, a medida de segurança poderia se converter, na prática, em uma prisão perpétua.

Verifica-se, nesses casos, a confluência dos poderes médico e jurisdicional. A Justiça toma decisões amparadas na avaliação médica, seja para determinar uma medida de segurança, seja para extingui-la. No entanto, deixando a responsabilidade ao profissional médico, resta o questionamento sobre sua verdadeira capacidade de

determinar a cessação de periculosidade de quaisquer sujeitos. Ora, será esse profissional capaz de determinar o comportamento do periciando no período posterior à avaliação? É possível prever as ações das pessoas? E mais: é possível atribuir a um profissional a culpa por delito cometido por outrem? Como garantir justiça quando até mesmo o direito dos profissionais está em jogo?

1.2 Conhecendo a Resolução CNJ n.º 487/2023

A resolução de número 487, publicada pelo Conselho Nacional de Justiça em 15 de fevereiro de 2023, é aberta por uma série de considerações, das quais se destacam:

“[...] a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (1984) e seu Protocolo Facultativo (2002) e a necessidade de combater a sua prática nas instituições de tratamento da saúde mental, públicas ou privadas [...] o Ponto Resolutivo 8 da sentença da Corte Interamericana de Direito Humanos proferida no Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, que determinou ao Estado brasileiro 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 [...] Lei n. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; [...] a Resolução CNJ n. 113/2010 e a Recomendação CNJ n. 35/2011, publicadas com o objetivo de adequar a atuação da justiça penal aos dispositivos da Lei n. 10.216/2001, privilegiando-se a manutenção da pessoa em sofrimento mental em meio aberto e o diálogo permanente com a rede de atenção psicossocial; [...] a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída por meio da Portaria Interministerial n. 1/2014, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, bem como a Portaria n. 94/2014, do Ministério da Saúde, que institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [...]”.

A menção à Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, de 1984, promulgada no Brasil por meio do Decreto n.º 40, de 15 de fevereiro de 1991⁸, revela a compreensão de que a prática adotada nos hospitais de custódia, manicômios judiciários e congêneres é questionável quanto ao respeito aos direitos humanos. Seu protocolo facultativo prevê visitas periódicas de órgãos internacionais e nacionais de prevenção à tortura a locais que exijam tais intervenções, além de recomendar a criação desses órgãos sob a designação de subcomitês.

O primeiro caso brasileiro analisado pela Corte Interamericana dos Direitos Humanos ocorreu em 2006 e julgou a situação ocorrida em 1999 com Damião Ximenes

Lopes, que faleceu, em decorrência de maus-tratos, numa clínica psiquiátrica – Casa de Repouso Guararapes –, em Sobral, no Ceará.

Além de prever o pagamento de custas, gastos e indenizações pelo Estado Brasileiro, a Corte estabeleceu que o Brasil deveria adotar medidas de não repetição, estabelecendo programas de capacitação em saúde mental, conforme o ponto resolutivo 8. Na Justiça do Ceará, onde o caso continuou tramitando, o tribunal aceitou recurso à condenação dos réus. Ninguém foi preso. Em relação à ação cível, a sentença ainda está em execução⁹. O Estado cumpriu todas as determinações.

O caso é emblemático no que diz respeito ao cumprimento das legislações de caráter antimanicomial no Brasil, em especial a Lei n.º 10.216/2001¹⁰, e revela o que pode ocorrer nas instituições de custódia sem que haja a devida investigação. Esse item foi um dos principais provocadores da resolução do CNJ.

A lei da reforma psiquiátrica, no parágrafo único do artigo 2º, prevê os seguintes direitos às pessoas com transtorno mental:

- “I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
 - II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
 - III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
 - IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
 - V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
 - VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
 - VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
 - VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
 - IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.
- Quanto à internação, a legislação determina:
- Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.
- § 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.
- § 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.
- § 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.”

A lei preconiza, ainda, que a internação compulsória é aquela determinada por juiz, desde que haja indicação médica para tal. Ao estipular a internação como recurso

excepcional e com o objetivo de reinserção social, a ocorrer fora de instituições asilares, a Lei 10.216/2001 expõe o contrassenso quando se trata de pessoa com transtorno mental que tenha cometido crime. Afinal, a internação por medida de segurança era determinada sem data definida para sua extinção, em local asilar, na maioria das vezes sem a estrutura necessária ao cuidado. Ou seja, não levava em consideração a necessidade de tratamento do sujeito e a possibilidade de tratamento ambulatorial, finalizada a crise.

E é nessa lei que a Resolução CNJ n.º 113/2010¹ se baseia, determinando, em seu artigo 17 que “O juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível buscará implementar políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001”. A Recomendação CNJ n.º 35/2011², por seu turno, estabelece uma série de orientações voltadas ao atendimento ao que a lei preconiza, sendo a principal delas a que expressa que “na execução da medida de segurança, adotem a política antimanicomial, sempre que possível, em meio aberto”.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)³ reitera a orientação de que as pessoas em medida de segurança de tratamento ambulatorial sejam acompanhadas na Rede de Atenção Psicossocial.

A Portaria GM/MS n.º 94, de 14 de janeiro de 2014⁴, por sua vez, institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei (EAP), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Com a alteração das Portarias de Consolidação GM/MS n.º 3 e n.º 6 pela Portaria GM/MS n.º 4.876, de 18 de julho de 2024⁵, institui-se a EAP-Desinst. Trata-se de uma equipe cujas competências são descritas no artigo 97 da Portaria de Consolidação n.º 3, alterado conforme se lê:

- “I - realizar avaliações diagnósticas e apresentar proposições fundamentadas na Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, e nos princípios da RAPS, orientando a adoção de ações terapêuticas, preferencialmente de base comunitária, a serem implementadas segundo um Projeto Terapêutico Singular - PTS;
- II - subsidiar os serviços de referência das redes SUS e SUAS na elaboração do PTS, envolvendo, sempre que possível, a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e suas referências familiares e comunitárias, visando à construção de corresponsabilização no cuidado e ao estabelecimento de condutas terapêuticas articuladas em rede;
- III - identificar programas e serviços do SUS e SUAS e de direitos de cidadania necessários para a atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e para a garantia da efetividade do PTS;

IV - estabelecer articulação com gestores e equipes de serviços do SUS e SUAS e de direitos de cidadania para viabilização do acesso e da corresponsabilização pelos cuidados da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei;

V - contribuir para a ampliação do acesso a serviços e ações de saúde, em consonância com a justiça criminal;

VI - acompanhar a execução da medida terapêutica, atuando como conector entre os órgãos de justiça e as equipes de saúde em estabelecimentos penais e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania, garantindo a oferta de acompanhamento integral, resolutivo e contínuo;

VII - apoiar a capacitação dos profissionais atuantes nas políticas públicas afetas ao tema para orientação acerca de diretrizes, conceitos e métodos para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei;

VIII - contribuir para o processo de desinstitucionalização de pessoas que cumprem medida de segurança ou com transtorno mental em conflito com a lei em instituições penais ou hospitais de custódia, articulando-se às equipes de saúde desses estabelecimentos, quando houver; e

IX - informar à referência técnica designada pelo município habilitado no Programa De Volta Para Casa, de que trata a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, sobre o destino da pessoa que foi desinternada ou recebeu alvará de soltura de hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e encaminhar a documentação, nos casos elegíveis, para o recebimento do auxílio à reabilitação psicossocial. [...]"

São usuárias da EAP-Desinst as pessoas com transtorno mental nas seguintes situações (art. 96):

I - com inquérito policial em curso;

II - sob custódia da justiça criminal;

III - com processo criminal e em cumprimento de pena privativa de liberdade ou prisão provisória ou respondendo em liberdade, desde que tenha o incidente de insanidade mental instaurado;

IV - em cumprimento de sanção penal de medida de segurança;

V - sob liberação condicional da medida de segurança; ou

VI - com medida de segurança extinta e necessidade expressa pela justiça criminal ou pelo SUS.

Parágrafo único. O disposto no caput aplica-se às pessoas com necessidades de saúde mental em decorrência do uso de álcool e outras drogas."

A implementação da EAP-Desinst visa à substituição dos serviços antes prestados pelas equipes de saúde dos Hospitais de Custódia e congêneres e por médicos peritos, no que diz respeito à avaliação dos pacientes para direcionar seu tratamento e ao acompanhamento do cuidado da pessoa na rede de saúde. Há poucas equipes implantadas no Brasil, e o Ministério da Saúde está elaborando um manual de funcionamento desses serviços. A orientação até o momento, conforme a portaria, é de que cada equipe deve acompanhar até 80 pessoas. A resolução foi publicada antes da publicação da normativa mais recente.

É importante mencionar essas considerações, porque elas contextualizam a publicação da Resolução CNJ n.º 487. Ao definir a instituição da Política Antimanicomial no Poder Judiciário, a resolução pretende rever os procedimentos de

tratamento de pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial com alguma relação com o sistema penal. Destina-se, portanto, conforme seu artigo 2º, àquela pessoa

[...] 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.

A normativa considera o conceito de deficiência psicossocial, aplicado às situações crônicas de transtorno mental, em que há perdas de cunho cognitivo e comportamental consideradas permanentes, além de incluir a deficiência intelectual. As pessoas com transtornos mentais advindos do abuso de álcool e outras drogas também são contempladas pelas decisões do CNJ.

Dentre as diretrizes apresentadas no artigo 3º, destacam-se: a) a adoção da política antimanicomial no sistema de Justiça; b) o interesse exclusivo de benefício à saúde, com inclusão social, restabelecimento de laços familiares e comunitários, acesso a renda e trabalho e desenvolvimento de habilidades sociais; c) o direito à saúde integral em ambiente não asilar, com vedação de contenções desproporcionais e prolongadas, de medicalização excessiva, de eletroconvulsoterapia em desacordo com protocolos médicos; e d) a vedação de internação em hospitais de custódia e congêneres, inclusive em hospitais psiquiátricos.

Com essas definições, a resolução se afirma como revolucionária principalmente ao negar a possibilidade de internação em instituição asilar, revelando, portanto, a necessidade de fechamento desse tipo de instituição, com a adequação dos órgãos competentes à nova configuração do tratamento.

Nos casos de audiência de custódia em que a equipe multiprofissional identificar pessoa com transtorno mental ou deficiência psicossocial, ela deve ser encaminhada para tratamento voluntário na Raps. Quando em crise, deve-se buscar o manejo com equipe especializada no âmbito da saúde, e, exauridas as tentativas de gestão da crise, deve-se acionar o Samu ou outro serviço de emergência.

São previstos, ainda, cuidados na abordagem e condução da pessoa, evitando-se práticas de tortura, ou seja, feitas para ampliar o sofrimento, causar dor ou lesão.

No caso de prisão processual ou de pessoa solta com medida cautelar e for identificada situação que exija tratamento em saúde mental, deve a prisão ou a medida ser reavaliada e o caso ser encaminhado à Raps com o apoio de equipes especializadas da saúde, da Justiça e da segurança pública.

A qualificação da análise de imputabilidade poderá ser feita a partir da requisição de informações sobre atendimento e tratamento aos serviços aos quais a pessoa estiver vinculada.

Com a decisão de medida de segurança de tratamento ambulatorial, deve-se evitar impor comprovação de frequência ao serviço de saúde.

Os parágrafos do artigo 12 revelam de forma mais contundente a perspectiva antimanicomial da resolução, levando-a para aspectos mais amplos que a simples evitação da internação. Prevê-se, assim, que as interrupções do curso do tratamento devem ser vistas como parte do quadro de saúde mental, que a ausência de suporte familiar não é condição para imposição, manutenção ou cessação do tratamento ambulatorial ou para desinternação condicional, e que as decisões referentes ao plano terapêutico singular não devem ter caráter punitivo ou ensejar a conversão da medida ambulatorial em medida de internação.

A internação é admitida somente em situações 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. (Art. 13).

A normativa estabelece, ainda, que a internação, nas hipóteses possíveis, ocorrerá em leito de saúde mental em hospital geral ou outro equipamento de saúde referenciado pelo Caps, devendo a autoridade judicial impedir que pessoa com transtorno mental seja colocada em unidades prisionais, mesmo que em enfermaria, ou em instituições asilares, como os hospitais de custódia e congêneres.

A internação deve ser cessada quando da indicação da equipe assistencial da saúde, devendo a pessoa retornar para acompanhamento psicossocial nos demais dispositivos da Raps, tão logo seja comunicada a autoridade judicial.

Prevê-se, ainda, que a internação deve oferecer oportunidades de reencontro da pessoa com sua comunidade, família e círculo social, disponibilizando atividades em maio aberto sempre que possível.

A Resolução CNJ n.º 487 estabelece o prazo de seis meses, a contar da data de sua publicação, para que a autoridade judicial avalie extinção de medidas de segurança, progressão para tratamento ambulatorial e transferência das pessoas para estabelecimento de saúde adequado, quando estiverem em hospitais de custódia, congêneres ou unidades prisionais. Devem-se priorizar as pessoas que estejam nas unidades após cessação da medida ou ordem de desinternação condicional.

É estabelecido também o prazo de seis meses para o fechamento parcial de estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico, e de 12 meses para o fechamento integral dessas instituições.

Os demais artigos versam sobre a gestão da política, estabelecendo comitês e grupos de monitoramento em âmbito nacional e estadual, definindo inclusive as funções dos conselhos de classe e outros órgãos de participação social. Ao fim, determina que todas as decisões se aplicam também ao sistema socioeducativo, afetando adolescentes em conflito com a lei.

O CNJ permitiu a prorrogação do prazo para efetivação da resolução em três meses. Próximo do vencimento do prazo, uma alteração da resolução possibilitou que os tribunais requeressem, até 29 de novembro de 2024, nova prorrogação da execução da normativa, desde que apresentassem justificativa, ações implementadas e plano de ação. Os estados estão agora cumprindo os prazos definidos.

1.3 Críticas à resolução

A publicação da Resolução CNJ n.º 487/2023 provocou reações de diversos setores da sociedade, tanto em apoio quanto em repúdio à normativa. Em apoio, manifestaram-se entidades como: Associação Brasileira de Saúde Mental, Comitê e Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, Defensorias Públicas estaduais, Conselho Federal e Conselhos Regionais de Psicologia. Em protesto, por sua vez, publicaram notas a Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Federal de Medicina, Conselhos Regionais de Medicina e a Associação Brasileira de Psiquiatria. A Associação Nacional dos Membros do Ministério Público entrou com uma ação direta de inconstitucionalidade (ADI 7566) no Supremo Tribunal Federal⁶.

As manifestações favoráveis enfatizam a adequação da legislação a normas nacionais e internacionais de reforma psiquiátrica antimanicomial, a defesa da liberdade

e a superação de um modelo antiquado e violador de direitos. Esses apontamentos estão no texto da própria resolução, como se observou na análise acima.

As críticas, por seu turno, afirmam que a resolução desampara as pessoas com transtorno mental ao não oferecer as melhores condições para o tratamento daquelas que cometem infração penal. Há ainda quem questione o fato de o CNJ estar legislando, o que seria função do Poder Legislativo. O CFM afirma que há conflitos éticos decorrentes da previsão, no documento, de proibição de métodos de contenção desproporcional e de restrição do uso de eletroconvulsoterapia fora de protocolos específicos⁷.

O órgão também se posicionou em apoio a manifestações contrárias à resolução em 2023⁸, questionando principalmente o fato de os médicos não terem sido consultados a respeito do tema e denunciando que o SUS e o sistema prisional não estão preparados para receber as pessoas egressas dos hospitais de custódia. Na manifestação, o CFM faz um “Alerta urgente à sociedade brasileira”, começando por afirmar que 5.800 criminosos sentenciados, que seriam “matadores em série, assassinos, pedófilos, latrocidias, dentre outros”, seriam soltos dali a alguns dias.

Em comentário sobre essa posição do CFM, Paulo Amarante⁹ afirma:

É curioso ler na nota [...] que as pessoas que a própria psiquiatria determinou internar em manicômios judiciários por terem cometido delitos, supostamente devido a transtorno mental, e por isso seriam inimputáveis, a partir de agora são denominados de “criminosos, matadores em série, assassinos, pedófilos, latrocidias, dentre outros”. Até então eram pacientes psiquiátricos incapazes de perceberem o próprio crime.

Ora, cabe refletir que a preocupação com o futuro das pessoas que devem deixar os hospitais de custódia e congêneres não é exclusividade do grupo que se manifesta contrário à resolução. Mas parece haver, no grupo oposto, a esperança de que os sistemas de saúde e Justiça se adequem a tempo para receber esse público da melhor forma possível.

1.4 O problema do acolhimento de egressos

Além da percepção de que a Justiça libertará pessoas que, segundo grande parte da sociedade e de profissionais das diversas áreas envolvidas, deveriam permanecer presas para sempre, há também um medo generalizado de que essas pessoas passem a morar próximas de “pessoas normais” e conviver com “cidadãos de bem”.

Mantendo-se vigente a normativa, a despeito das forças contrárias, cabe aos setores técnicos das políticas públicas o desenho de estratégias para o acolhimento institucional ou residencial dos egressos das unidades penais manicomialis.

Ante a inexistência de produção acadêmica que aprofunde a questão do acolhimento de egressos das medidas de segurança de internação, elencamos algumas possibilidades e discutiremos circunstâncias facilitadoras e impeditivas para cada uma das estratégias possíveis para esses casos.

A primeira opção para qualquer processo de desinstitucionalização é o retorno da pessoa à sua família. Ocorre que, a depender do tempo de afastamento da família, não faz mais sentido retomar esses vínculos. Pode ser que a casa já não comporte aquele membro ou que a configuração do lar não suporte a introdução de um elemento novo – e possivelmente estressor.

Há que se considerar também a ocorrência do crime no seio familiar, o que provoca, evidentemente, uma evitação compreensível daquele núcleo em receber de volta a pessoa. Por fim, deve-se discutir em que medida as famílias devem se responsabilizar nessas situações. A implementação de políticas públicas de cunho familista – aquelas em que o Estado pressupõe que as famílias devem assumir as principais responsabilidades sobre seus membros²⁰ – tendem a ser uma saída para desresponsabilização do Estado perante situações complexas envolvendo pessoas consideradas desviantes ou fora do padrão.

A residência própria é uma alternativa quando o sujeito dispõe de renda, autonomia mínima e capacidade civil para manter-se e gerir a rotina de um lar, com todas as suas implicações. Na ausência de parte desses requisitos, a residência compartilhada ou república aparece como possibilidade, sendo que ela pode ser composta por outras pessoas em desinstitucionalização, já conhecidas, por amigos ou, até mesmo, pessoas em circunstâncias diferentes, mas que também necessitam de um local para residir.

Isso deve envolver o apoio institucional e ou pessoal de entes próximos, com a definição de curadores, quando couber, ou tomada de decisão apoiada ou, ainda, o suporte informal, estabelecido desde que haja uma relação de muita confiança entre moradores e essa pessoa responsável.

Quando da ausência da possibilidade de implementação das formas de residencialidade citadas acima, demanda-se a disponibilização de vaga em Serviço Residencial Terapêutico (SRT) ou Residência Terapêutica (RT). Segundo a normativa²¹,

SRT são moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social. (Portaria de Consolidação n.º 3/2017, Art. 77, Parágrafo Único)

Considera-se que esse serviço constitui modalidade substitutiva à internação psiquiátrica prolongada, devendo-se reduzir ou descredenciar os leitos esvaziados pela transferência de pacientes para SRT. Assim, de acordo com a Portaria de Consolidação n.º 3/2017, os SRT devem acolher pessoas internadas em hospitais psiquiátricos ou de custódia por dois anos ou mais e se classificam em dois tipos. O tipo I acolhe até oito pessoas, enquanto o tipo II acolhe até 10 moradores com maior dependência, especialmente comprometimento físico.

Nota-se, portanto, que os SRT não atendem todas as demandas advindas dos hospitais de custódia ou similares, uma vez que há pessoas internadas nessas unidades há menos tempo, mas que, do mesmo modo, necessitam de amparo para habitar. Nesse sentido, há, ainda, a possibilidade de transinstitucionalização, transferindo pessoas da internação para outras instituições, como aquelas de acolhimento, geridas pela assistência social.

As residências inclusivas, previstas na Lei Brasileira de Inclusão²² (Lei 13.146, de 6 de julho de 2015), vinculadas também à assistência social, poderiam configurar uma opção para aquelas pessoas com transtorno mental e deficiência intelectual associada ou caso se levasse em conta o conceito de deficiência psicossocial, entendida como a deficiência adquirida pela cronificação do transtorno mental, situação que certamente atinge grande parte das pessoas internadas em instituições psiquiátricas asilares.

Cabe, no entanto, mencionar a publicação da Resolução CNAS/MDS n.º 166, de 18 de setembro de 2024²³, que nega em grande medida o atendimento nos equipamentos da assistência social às pessoas em sofrimento e/ou com transtorno mental, em processo de desinstitucionalização de alas ou instituições congêneres de custódia, tratamento psiquiátrico e para aquelas que requerem cuidados prolongados e intensivos em saúde, e suas famílias.

Embora seja apresentada como uma resolução que define parâmetros de atendimento a essa população, verifica-se um texto de cunho manicomial e

estigmatizante, que exclui em grande medida a responsabilidade da política de assistência social.

Outros modelos de moradia assistida poderiam ter lugar, aplicando-se não só a pessoas egressas de hospitais, mas àquelas com deficiência e outras condições, que demandam residência e não se enquadram nos critérios para serem amparadas por políticas tradicionais de habitação, assistência ou saúde. A moradia assistida pode ter várias configurações, conforme a necessidade dos moradores, promovendo especialmente uma interlocução direta entre saúde e assistência social, num formato híbrido que compreenda toda a complexidade desse tipo de atendimento.

As dificuldades para normatização desses serviços podem ser superadas pela desconstrução das perspectivas reducionistas e unissetoriais que costumam inundar a elaboração das políticas públicas. É possível vislumbrar saídas socio sanitárias, a exemplo do modelo triestino.

1.5 Outros desafios para efetivação da Resolução CNJ n.º 487/2023

Os desafios para a efetivação da resolução vêm sendo explicitados a todo momento, refletidos, por exemplo, nos pedidos, pelos estados, de prorrogação dos prazos ou mesmo suspensão da medida. Assim, em primeiro lugar, verifica-se uma necessidade de adequação do Poder Judiciário, que deve reconfigurar suas formas de lidar com os ditos incidentes de insanidade mental, compreendendo a impossibilidade de determinação de internação sem indicação médica e o fato de que, se ocorrer, esta não se dará em ambiente penal. Deve-se compreender, ainda, que, a partir do momento em que toda a medida se torna uma questão de saúde, o tempo de internação e a determinação da alta são funções da equipe de saúde, e não do Juízo.

O fechamento da porta de entrada dos hospitais de custódia e similares é, portanto, uma nova realidade, que, embora signifique o reconhecimento de que a situação é essencialmente de saúde – e não de Justiça –, pode provocar novas formas de asilamento e encarceramento, criando alas destinadas a pessoas com transtorno mental dentro dos presídios comuns ou para medida de segurança em hospitais, e impondo formas de institucionalização para aqueles que forem liberados. Isso quer dizer que os magistrados podem terminar por promover aprisionamentos ou estabelecer liberdade sob a condição de que a pessoa esteja em tratamento, seja ambulatorial, seja em internação, sem se excluir a possibilidade, ainda, de que ela seja encaminhada a

instituições, como as comunidades terapêuticas, nova versão dos manicômios de outrora.

A preocupação da Justiça em tentar garantir a não reincidência tem levado a discussões sobre a implantação de residências terapêuticas diferenciadas, que mantivessem um tipo de prisão domiciliar. Ainda que essa possibilidade se confirme, é preciso ter em conta que isso não pode ser um equipamento da saúde, devendo esta dedicar-se a oferecer o tratamento que as pessoas demandarem, e não a residencialidade requerida pelo Juízo, que envolveria segurança, além do cuidado. A despeito das críticas a essa possibilidade, há que se lembrar que, mesmo na Itália, berço da reforma psiquiátrica que inspirou a brasileira, o Ministério da Justiça instalou as REMS, Residências para Execução de Medidas de Segurança, em tradução livre. Ainda assim, a perspectiva é de que ela seja para moradia temporária²⁴.

O fechamento da porta de saída, após todas as solturas, é o desafio final, quando toda a rede de serviços sociais deve estar pronta para o atendimento dessa população. No entanto, estaria a comunidade pronta e disposta a receber esse público? Haverá receptividade das instituições e dos profissionais para amparar os chamados loucos infratores?

Apontamos, ainda, o papel da imprensa como formadora de opinião. Desde o anúncio da instituição da resolução, multiplicam-se reportagens que promovem a sensação de insegurança, medo e repulsa aos futuros egressos de hospitais de custódia e congêneres. As matérias revelam nomes de pessoas internadas, acompanhados dos crimes cometidos, atribuindo a todos a pecha de psicopatas.

Por outro lado, há que se lembrar que há outro público duplamente rejeitado pela comunidade: aqueles que cometeram crime sob o uso de substâncias psicoativas. Além de serem pessoas não desejadas pela população em geral, são um desafio maior às estratégias de residência e ao acompanhamento de saúde.

Por fim, há que se preparar os serviços de saúde para o atendimento a esse público com a frequência e a intensidade necessárias. Afinal, as grades são substituídas por pessoas e unidades de base comunitária fortes, que deem o suporte às residências dessas pessoas, onde quer que sejam. Isso deve ocorrer em todos os níveis de atenção, comportando toda a Raps.

A formação e a sensibilização se revelam uma necessidade para todos os envolvidos, portanto: Justiça, sistema penal, segurança pública, saúde, assistência social e a própria comunidade.

2. CONCLUSÕES

A Resolução CNJ n.º 487 apresenta-se como uma resposta a diversas violações de direitos no Brasil, corrigindo importantes incongruências na lida com pessoas com transtorno mental que cometeram infrações penais. No entanto, é preciso apontar que sua publicação veio em um momento delicado das políticas sociais brasileiras, que passaram por relevante sucateamento nos anos imediatamente anteriores. Para exemplificar, nenhum Caps foi habilitado no Ministério da Saúde durante todo o Governo Bolsonaro (2019 a 2022). Sob a justificativa da ocorrência da pandemia de Covid-19, houve uma reconfiguração importante dos programas da assistência social.

Outro aspecto que cabe ressaltar é o fato de que a criação de serviços residenciais terapêuticos ocorreu, na maior parte do país, nos anos 2000, quando a legislação passou a prever esse tipo de moradia para egressos dos hospitais psiquiátricos. Assim, os hospitais comuns foram fechados há muito tempo, restando poucas pessoas moradoras desse tipo de instituição. Não havia mais preocupação dos estados e municípios em abrir novas residências. A resolução exige dos entes federados a abertura de mais unidades de SRT quando esse processo já era considerado concluso. Além disso, o tempo da gestão governamental não caminha na velocidade imposta pela resolução.

Levando em conta todas as forças que operam contra a implementação da resolução por completo, havemos de concordar que se constituiu um grande debate em torno da ética e dos princípios da Justiça quando confrontada pela legislação antimanicomial brasileira e pelas prerrogativas de direitos humanos impostas pelas instâncias internacionais. Isso significa dizer que ainda não é possível saber se a execução da política antimanicomial no Poder Judiciário ocorrerá como prevê a Resolução CNJ n.º 487/2023, mas, dado o primeiro passo, exige-se que as políticas sociais se fortaleçam, senão para esse fim, para atender adequadamente toda a população, na qual se incluem pessoas em medida de segurança ou egressas de internações.

REFERÊNCIAS

1. CNJ. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4960>. Acesso em: 9 abr 2026.
2. Cordeiro L, Soares CB. Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. *Bol Inst Saúde (BIS)*. 2019;20(2):37-43.
3. Araújo CT, Silva HHB. A imputabilidade penal e as medidas de segurança no Brasil: um estudo crítico sobre a Resolução CNJ nº 487/2023. *Lumen et Virtus*. 2025;16(47):3960-3971. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/4578/6228>. Acesso em: 29 abr 2025.
4. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 5 mai 2025.
5. Mendonça S, Conte CP, Sacchetin BF. Medida de segurança no direito penal brasileiro: estudo sobre violência e (in)eficácia dos hospitais de custódia. *Espaço Jurídico J Law (EJLL)*. 2021;22(1):181–208. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/espacojuridico/article/view/20422>. Acesso em: 28 abr 2025.
6. Brasil. Lei de 16 de dezembro de 1830. Manda executar o Código Criminal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LIM/LIM-16-12-1830.htm. Acesso em: 5 mai 2025.
7. TJDFT. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. Medidas de segurança. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/consultas/jurisprudencia/jurisprudencia-em-temas/a-doutrina-na-pratica/medidas-de-seguranca>. Acesso em: 4 mai 2025.
8. Brasil. Decreto nº 40, de 15 de fevereiro de 1991. Promulga a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0040.htm. Acesso em: 20 mai 2025.
9. Réu Brasil. Caso Ximenes Lopes versus Brasil. Disponível em: <https://reubrasil.jor.br/casos/caso-damiao-ximenes-lobes/>. Acesso em: 20 mai 2025.
10. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 20 mai 2025.
11. CNJ. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 113, de 20 de abril de 2010. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/136>. Acesso em: 20 mai 2025.
12. CNJ. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação nº 35, de 12 de julho de 2011. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/849>. Acesso em: 20 mai 2025.
13. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 9 abr 2026.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html. Acesso em: 26 mai 2025.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.876, de 18 de julho de 2024. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt4876_19_07_2024.html. Acesso em: 26 mai 2025.

16. CONAMP. Associação Nacional dos Membros do Ministério Público. Notícias. 2023. Disponível em:
<https://www.conamp.org.br/imprensa/noticias/9181-conamp-questiona-constitucionalidade-da-politica-a-antimanicomial-do-poder-judiciario.html>. Acesso em: 3 jun 2025.
17. CFM. Conselho Federal de Medicina. CFM emite parecer sobre a Resolução CNJ nº 487/23. Notícias. 2024. Disponível em:
<https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-emite-parecer-sobre-a-resolucao-cnj-no-487-23>. Acesso em: 3 jun 2025.
18. CFM. Conselho Federal de Medicina. CFM apoia manifestação contra fechamento de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos. Notícias. 2023. Disponível em:
<https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-apoia-manifestacao-contr-fechamento-de-hospitais-de-custodi-a-e-tratamentos-psi-quiatricos>. Acesso em: 3 jun 2025.
19. Amarante P. Hora de fechar os hospitais judiciários. Outra Saúde. Outras Palavras. 2023. Disponível em:
<https://outraspalavras.net/outrasaude/por-que-e-preciso-fechar-os-hospitais-judiciarios/>. Acesso em: 3 jun 2025.
20. Moraes PM, et al. Familismo e política social: aproximações com as bases da formação sócio-histórica brasileira. Rev Políticas Públicas. 2020;24(2):802-818. Disponível em:
<https://www.academia.edu/download/83276527/8634.pdf>. Acesso em: 9 abr 2026.
21. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 3 jun 2025.
22. Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: 9 abr 2026.
23. CNAS. Resolução nº 166, de 18 de setembro de 2024. Dispõe sobre os parâmetros nacionais para atuação da Política Pública de Assistência Social no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no atendimento às pessoas em sofrimento e/ou com transtorno mental, em processo de desinstitucionalização de alas ou instituições congêneres de custódia, tratamento psiquiátrico e para aquelas que requerem cuidados prolongados e intensivos em saúde, e suas famílias. Disponível em:
https://7f9ee646-2885-415a-bfa4-9e608360171d.usrfiles.com/ugd/7f9ee6_dada55ee3a044eac89ba119e03c68657.pdf. Acesso em: 9 abr 2026.
24. Ministero della Giustizia. Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS). 2018. Disponível em:
https://www.giustizia.it/giustizia/page/en/termine_del_glossario?contentId=GLO127349. Acesso em: 7 jun 2025.