



## História do movimento antimanicomial e o diálogo com os direitos humanos

### *History of the anti-asylum movement and the dialogue with human rights*

Tainara Moreira Camilo<sup>1</sup>

#### RESUMO

Este artigo explora a relação entre crime e loucura nos manicômios judiciais, evidenciando práticas de exclusão e controle social, e como o movimento antimanicomial surgiu em resposta, dialogando com os direitos humanos. O objetivo principal é analisar a evolução histórica dos manicômios judiciais no Brasil e entender como a psiquiatria forense influenciou essa trajetória. Além disso, o estudo busca avaliar o impacto da Lei nº 10.216/2001 e da Resolução 487/2023 do CNJ na transformação das políticas de saúde mental voltadas para a população carcerária. A pesquisa utiliza uma abordagem histórica e documental, examinando leis e registros para traçar a evolução dessas práticas e as conquistas obtidas pelo movimento antimanicomial.

**Palavras-chave:** loucura, movimento antimanicomial e direitos humanos.

#### ABSTRACT

This article explores the relationship between crime and madness in judicial asylums, evidencing practices of exclusion and social control, and how the anti-asylum movement emerged in response, dialoguing with human rights. The main objective is to analyze the historical evolution of judicial asylums in Brazil and understand how forensic psychiatry influenced this trajectory. In addition, the study seeks to evaluate the impact of Law nº 10.216/2001 and Resolution 487/2023 of the CNJ on the transformation of mental health policies aimed at the prison population. The research uses a historical and documentary approach, examining laws and records to trace the evolution of these practices and the achievements obtained by the anti-asylum movement.

**Palavras-chave:** loucura, movimento antimanicomial e direitos humanos.

#### 1 INTRODUÇÃO

<sup>1</sup> Mestranda em Direito pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Email: tainaracamilo.adv@hotmail.com



**PPGD**  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM DIREITO • UNESC



**fapesc**  
Fundação de Amparo à  
Pesquisa e Inovação do  
Estado de Santa Catarina

Este artigo examina a relação entre crime, loucura e os dispositivos legais e psiquiátricos que criaram os manicômios judiciais no Brasil. A análise começa explicando como essas instituições surgiram a partir de ideias médicas e jurídicas que justificavam a segregação de pessoas consideradas perigosas. O texto destaca como a Escola Positiva do Direito Penal influenciou a criação desses manicômios, mudando o foco do crime para a personalidade do infrator e o papel da psiquiatria forense, culminando na criação do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho.

Também são discutidas as resistências e mudanças trazidas pelo movimento antimanicomial, especialmente após a aprovação da Lei nº 10.216/2001, que propôs substituir o modelo manicomial por alternativas mais humanas e integradoras, e a Resolução nº 487/2023 do CNJ, que institucionalizou a política antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário. O movimento antimanicomial é visto como parte de uma luta maior por direitos humanos, desafiando os estigmas e preconceitos ligados à loucura e ao crime.

A introdução também conecta essas mudanças ao desenvolvimento dos direitos humanos, destacando como a história desses direitos muitas vezes ignora as lutas nas Américas em favor de uma visão centrada na Europa.

Por fim, o texto enfatiza como a reforma psiquiátrica brasileira e o movimento antimanicomial rompem com paradigmas antigos, buscando uma abordagem que respeite os direitos constitucionais e humanos das pessoas com transtornos mentais, especialmente aquelas em conflito com a lei.

## **2 - Histórico e Evolução dos manicômios**

O surgimento do manicômio judicial está vinculado à construção de saberes que articulam crime e loucura, a partir de contribuições teóricas que aproximaram a Psiquiatria do campo jurídico. Nesse contexto, enquanto a Escola Clássica do Direito Penal se fundamenta na noção de livre-arbítrio e compreende a pena como resposta ao dano causado à sociedade, a Escola Positiva passa a concentrar a análise no indivíduo, atribuindo à sua própria constituição a origem da conduta criminosa. Com isso, desloca-se o foco do fato para a personalidade do



agente, que passa a ser objeto de avaliações médico-jurídicas mais aprofundadas (Santos; Farias, 2014).

Para Foucault (2012), os exames periciais passam a atribuir à trajetória individual do sujeito um papel central na explicação do delito, tratando sua história como fundamento ou origem da conduta criminosa. Nesse processo, determinados saberes são legitimados como “verdade” em razão de sua aparência científica, passando a orientar a produção documental nas instituições penais e nos hospitais de custódia. Esse cenário evidencia a existência de disputas entre diferentes discursos, que expressam relações de poder no interior dos saberes que se propõem a interpretar o crime.

Os saberes que contribuíram para a construção dessas “verdades” também fundamentaram, em um primeiro momento, a segregação de indivíduos considerados mais perigosos dentro dos próprios manicômios. Esses sujeitos, vistos como incompatíveis com o tratamento nos espaços comuns, passaram a ser isolados em alas específicas, concebidas como ambientes mais rígidos e disciplinadores, o que representou um passo inicial para a formação dos manicômios judiciários. (Santos; Farias, 2014).

Além disso, a evolução dessas estruturas, que passaram de simples seções internas para instituições autônomas, ocorreu por meio de regulamentações legais influenciadas por disputas de poder e por contextos sociopolíticos diversos, envolvendo diferentes atores em cada realidade nacional (Santos; Farias, 2014).

Inserido em um contexto mais amplo de articulação institucional, o ingresso da Psiquiatria no campo jurídico no Rio de Janeiro resultou na criação do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, considerado o primeiro manicômio judiciário da América Latina. Para além de sua função assistencial e de execução das medidas de segurança, a instituição também foi concebida como um espaço voltado à produção de conhecimento na área da Psiquiatria Forense (Carrara, 1998).

Heitor Carrilho exerceu sua carreira no Hospício dos Alienados em 1919, além de atuar como docente na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, sendo o principal mentor na defesa da criação de um manicômio específico. O hospital foi estruturado em um layout composto por edifícios destinados a funções administrativas, técnicas e científicas, além de pavilhões separados para a internação de homens e mulheres. O Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, posteriormente denominado Hospital de Custódia e Tratamento



Psiquiátrico Heitor Carrilho, tem origem na extinta Seção de Alienados Delinquentes, conhecida como Seção Lombroso do Hospício Nacional de Alienados, o primeiro hospício do Rio de Janeiro (Carrara, 1998, p. 170).

Conforme destaca Mamede (2006), no contexto brasileiro, a institucionalização dos manicômios judiciais foi formalizada por meio do Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Essa medida teve como objetivo reestruturar a assistência psiquiátrica destinada às pessoas com transtornos mentais, representando um marco inicial da reforma psiquiátrica no país no âmbito jurídico-legislativo, ao incorporar ao ordenamento legal propostas oriundas do campo médico-científico.

Anterior à construção de um espaço reservado à loucura (o hospício), os alienados engrossavam a categoria de vadios e desordeiros remanejados à rede de enclausuramentos inespecíficos (Santas Casas de Misericórdia, prisões), no caso de comportamentos inconvenientes ou violentos, senão permaneciam relegados à problemática de cunho privado, familiar, silenciados na ordem social. Após muitas discussões foi inaugurado o hospício Pedro II, em 1852, situado próximo à Praia de Botafogo, entre a Praia Vermelha e o Pão de Açúcar, na época um lugar afastado, de difícil acesso ao centro urbano do Rio de Janeiro, sendo parte de uma estratégia para controlar a ordem e a paz social de uma sociedade rural pré-capitalista. (Santos; Farias, 2014, p.6).

Uma das grandes questões da psiquiatria sempre foi a diferenciação do diagnóstico. Dos “curáveis” aos “não curáveis”, chegando-se hoje a uma variedade enorme de neuroses, distúrbios, transtornos, esquizofrenias, casos crônicos e agudos. Diante desse quadro, emerge uma figura, como já foi dito no parágrafo anterior, peculiar. É o doente mental que cometeu (ou é acusado de) um crime. Ou aquele que se defende na justiça alegando insanidade. É o “louco-criminoso”, que exige uma atitude nova. Sua condição foge unicamente da esfera psiquiátrica, das discussões médicas, do tratamento em busca de cura. Ele exige a interferência direta de um outro poder, o judiciário, com todo o seu vasto repertório de leis interpretadas por juízes, advogados e promotores. A condição do “louco-criminoso” impõe a convivência de duas áreas do saber - o direito e a medicina - que gravitam em torno do sujeito, tentando impor seu discurso. (Melo, 2002, p. 190)

No estado de Santa Catarina, a temática relacionada às pessoas com transtornos mentais também passou a ocupar espaço relevante no debate público, especialmente no que diz respeito à necessidade de criação de um estabelecimento



**PPGD**  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM DIREITO • UNESC



**fapesc**  
Fundação de Amparo à  
Pesquisa e Inovação do  
Estado de Santa Catarina

estatal voltado ao seu atendimento. Já no início do século XX, essa demanda era evidenciada pelas autoridades locais, como se observa na mensagem encaminhada pelo então governador Vidal Ramos ao Congresso Representativo, em 1905, na qual destacava a urgência dessa iniciativa.

Nos anos seguintes, são vários os documentos do poder público que mostram o desejo dos governantes em criar um hospício no estado. Sejam nas memórias mostrando os serviços realizados pelos governadores ao longo do ano ou nos relatórios dos inspetores de saúde, a intenção de se criar um hospital público de atendimento a doentes mentais é uma preocupação constante, porém sempre adiada. A justificativa para que tal projeto não saísse do papel era, normalmente, a alegação de falta de verbas. Enquanto não se construiu o hospício, que viria ser a Colônia Santana, inaugurada apenas no ano de 1941, os doentes mentais eram internados normalmente em Brusque, no Hospital de Azambuja e no Oscar Schneider, de Joinville. Estas instituições, no entanto, não eram públicas e sim privadas, contando com subvenções do Estado para se manter. (Melo, 2002, p. 191)

A análise do contexto evidencia que o posicionamento estatal estava menos orientado por preocupações humanitárias e mais vinculado à necessidade de afirmar sua capacidade de atuação institucional. A inexistência de um hospício público próprio era percebida como um sinal de fragilidade do Estado, que permanecia dependente de instituições privadas, como o Hospital de Azambuja e o Hospital Oscar Schneider em Joinville, situação vista como incompatível com um projeto de modernização social (Melo, 2002).

Além disso, a problemática envolvendo a relação entre crime e loucura no sistema catarinense persistiu por muitos anos, inclusive após a criação da Colônia Santana. Os indivíduos com transtornos mentais em conflito com a lei ocupavam uma posição ambígua: quando internados em hospitais psiquiátricos, eram considerados ameaças à segurança dos demais pacientes; por outro lado, quando inseridos no sistema prisional, tornavam-se vulneráveis, sendo facilmente explorados pelos demais detentos (Melo, 2002).

Posteriormente, o Manicômio Judiciário de Santa Catarina — atualmente denominado Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico — foi instalado em anexo ao presídio de Florianópolis, tendo sido inaugurado em dezembro de 1970 e iniciado suas atividades em janeiro de 1971. A direção inicial ficou a cargo do médico Júlio César Gonçalves, que permaneceu por curto período, sendo sucedido, após mudança



de governo, pelo psiquiatra Pedro Largura, que exerceu a função por aproximadamente duas décadas (Melo, 2002).

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico apresentam, em sua essência, uma característica ambígua, pois, embora sejam formalmente concebidos como instituições destinadas ao tratamento de pessoas com transtornos mentais que praticaram ilícitos penais, não integram, de fato, a rede de saúde, estando inseridos na lógica e na estrutura do sistema prisional.

Segundo Carrara (1998), as mudanças normativas implementadas ao longo do período contribuíram para ampliar a influência do saber psiquiátrico no campo jurídico, consolidando a atuação conjunta de médicos e magistrados na defesa da criação de espaços cada vez mais especializados e segregados. Nesse contexto, o Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903, marcou o início da reorganização dos hospícios no Brasil, ao prever a criação de seções específicas destinadas tanto a indivíduos presos que apresentassem sinais de transtornos mentais quanto àqueles considerados inimputáveis, submetidos à internação compulsória por decisão judicial, em regra fundamentada na ideia de segurança pública. Ainda assim, a efetiva institucionalização de um manicômio judiciário autônomo somente se concretizou com o Decreto nº 14.831, de 25 de maio de 1921, que autorizou a construção da primeira unidade dessa natureza no país (Melo, 2004).

Nesse contexto, o Decreto nº 1.132/1903 passou a estabelecer, em seu art. 10, a vedação do encarceramento conjunto entre pessoas com transtornos mentais e demais criminosos, ao mesmo tempo em que, no art. 11, determinou a criação de estabelecimentos específicos destinados a essa população, com o objetivo de assegurar a separação entre indivíduos considerados inimputáveis e os demais apenados. Na ausência dessas instituições, previa-se a internação em espaços próprios dentro de estabelecimentos públicos (Musse, 2006).

Apesar da previsão legal, a concretização dessas medidas ocorreu apenas após um intervalo significativo de tempo. Somente cerca de dezesseis anos depois foi efetivamente implementado o primeiro manicômio judiciário no Brasil, inaugurado no Rio de Janeiro, em 1919. Posteriormente, foram criadas outras unidades, como a de



**PPGD**  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM DIREITO • UNESC



**fapesc**  
Fundação de Amparo à  
Pesquisa e Inovação do  
Estado de Santa Catarina

Porto Alegre, em 1925, e a de Franco da Rocha, em São Paulo, em 1933, esta última originada a partir de uma seção do Hospital do Juquery (Musse, 2006).

De acordo com Carrara (1998), a criação do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, em 1921, foi impulsionada por acontecimentos marcantes ocorridos nos anos anteriores, especialmente o homicídio de Clarice Índio do Brasil, em 1919, e a fuga de internos da Seção Lombroso do Hospital Nacional de Alienados, em 1920. Esses episódios contribuíram para intensificar o debate público e institucional acerca da necessidade de um estabelecimento específico, concebido como modelo, destinado ao atendimento de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.

A ideia de uma pessoa perigosa sempre esteve presente no inconsciente coletivo e está associada à concepção de estigmas. O portador de transtorno mental sempre ocupou lugar no espaço do inconsciente coletivo. Ao lado de criaturas mitológicas, bruxas, demônios e leprosos, os loucos foram alvos de duradouras perseguições históricas, sendo essas pessoas na maioria das vezes as preferidas pelos mecanismos de poder punitivo que se estabeleceram ao longo dos séculos.

As formas com que as noções de “loucura” foram tratadas ao longo da história ocidental europeia são suficientemente conhecidas, havendo vasta bibliografia no assunto. No campo penal, interessa tentar identificar mais precisamente o ponto em que o sofrimento psíquico começou a tornar-se objeto do controle e do discurso penal, e as implicações deste choque, ou cruzamento entre o discurso médico e o discurso judiciário, ou dogmático. (Ferraz, 2020, p.37)

Durante o processo de historicidade da loucura, apesar de serem notáveis algumas variantes no tratamento que era concebido ao louco, desde a Antiguidade Clássica a loucura não era vista com bons olhos. Assim, ainda não se falava em um conceito estruturado e próprio de periculosidade criminal, manicômios judiciários ou medidas de segurança que contemplassem essa ideia de periculosidade criminal, embora, a ideia de segregação cautelar de indivíduos indesejados já estivesse em prática nessas sociedades.

Segundo Foucault (2012). "a inimizabilidade se caracteriza pela ausência de discernimento do agente no momento da prática delitiva". Este conceito foi influenciado por doutrinas médicas e psiquiátricas que, desde o século XIX,



começaram a reconhecer a importância da saúde mental na determinação da responsabilidade criminal.

É apenas a partir de 1830 que médicos (higienistas, em sua maioria), a partir do reconhecimento da loucura como enfermidade mental, começaram um movimento para a criação de um hospício, criticando-se fortemente a forma com que os portadores de sofrimento psíquico eram tratados ou abandonados a si mesmos. (Musse, 2006, p.70). Tratou-se de uma intervenção médico-administrativa, em que, desde o princípio, a medicina e a psiquiatria brasileira se assumiram como medicinas sociais e políticas, agindo não apenas sobre o corpo doente, mas sobre a cidade, buscando a ordenação urbana pela contenção ou eliminação de perigos sociais. (Musse, 2006, p.72).

É, de fato, no século XIX, com o desenvolvimento da prisão, que surgem as condições de possibilidade para uma criminologia, uma vez que o criminalizado passa a interessar a partir da qualificação “científica” de seu ato como delito e de sua pessoa como delinquente. (Foucault, 2012, p. 84).

Assim, a partir da normalização disciplinar da sociedade, nasce uma criminologia cuja grande noção estruturante foi, em termos de teoria penal, a periculosidade, que viria a significar a consideração do indivíduo ao nível de suas virtualidades, não dos seus atos; não em relação às infrações à lei, mas das possibilidades de comportamento que estas infrações representam. (Foucault, 2012, p.85). É com a criminologia e a noção de periculosidade que se passa a observar não mais um confronto, mas sim uma colaboração estreita entre o discurso jurídico e o discurso psiquiátrico. (Ferraz, 2020, p.39)

Nas palavras de Foucault (2013, p.21), “o duro ofício de punir vê-se assim alterado para o belo ofício de curar”.

### **3 – Movimento antimanicomial**

A política antimanicomial no Brasil é um conjunto de ações e princípios que visam à garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais ou deficiência psicossocial, promovendo o fim das internações compulsórias em hospitais psiquiátricos e a criação de serviços de saúde mental comunitários e integrados à



rede de atenção básica. Essa política foi inspirada pelo movimento da reforma psiquiátrica, que surgiu na década de 1970 como uma reação às condições desumanas e violentas dos manicômios, onde milhares de pessoas eram segregadas, torturadas e mortas. (Melo, 2004, p. 2)

A Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei Antimanicomial, veio para regular a atenção em saúde mental no País e trouxe regras que delimitam a função da internação psiquiátrica como um dispositivo terapêutico e que, como tal, deve observar os direitos do próprio usuário dos serviços, voltando-se exclusivamente ao interesse de beneficiar sua saúde, de forma que o efetivo tratamento seja realizado pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. (Brasil, 2001).

No Brasil, as mobilizações pelo fim do modelo manicomial ganharam força a partir do final da década de 1970, articulando-se com outros movimentos sociais. Nesse contexto, trabalhadores da saúde mental passaram a denunciar as condições degradantes vivenciadas pelos pacientes nas chamadas instituições totais, bem como a lógica econômica que sustentava a manutenção de leitos psiquiátricos privados. Paralelamente, observava-se a permanência de discursos que defendiam a retomada do modelo asilar, em evidente contradição com as propostas antimanicomiais em construção naquele período (Carrara, 1998).

As tentativas de reformulação do modelo psiquiátrico buscaram atribuir novas funções às instituições, sob a justificativa de modernização, incorporando também a intenção de enfrentar a exclusão social historicamente associada aos pacientes internados, que, em sua maioria, já ingressavam nesses espaços em situação de vulnerabilidade e sem condições de autonomia. Apesar das mudanças estruturais, como a transformação dos manicômios em colônias, o padrão asilar permaneceu presente. Diante disso, tornou-se necessário avançar no processo de desospitalização, promovendo a reintegração social dos indivíduos e experimentando alternativas que rompessem com o modelo hospitalocêntrico tradicional, em direção a práticas substitutivas mais amplas (Santos; Farias, 2014).

Entre as décadas de 1980 e 1990, a reforma psiquiátrica brasileira passou a se orientar por experiências internacionais, especialmente pelo modelo antimanicomial desenvolvido em Trieste, na Itália, buscando superar a lógica asilar e



**PPGD**  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM DIREITO • UNESC



**fapesc**  
Fundação de Amparo à  
Pesquisa e Inovação do  
Estado de Santa Catarina

implementar alternativas de cuidado em saúde mental. Nesse contexto, foram criados serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial, estruturados a partir de uma perspectiva dinâmica e em constante construção. Como resultado das mobilizações sociais em torno dessa pauta, instituiu-se o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, com o objetivo de ampliar o debate público e promover reflexões sobre a loucura, a diferença e os rumos da reforma psiquiátrica no país (Nabuco, 2008).

As transformações promovidas pela reforma psiquiátrica inicialmente não alcançaram de forma efetiva os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que permaneceram à margem dessas mudanças até a promulgação da Lei nº 10.216/2001. Apenas no ano seguinte passaram a ocorrer discussões institucionais sobre o tema, ainda sem capacidade de produzir alterações concretas no cenário nacional. Nesse contexto, tanto a legislação quanto os debates promovidos no campo da saúde mental evidenciaram a necessidade de aprofundar a análise de conceitos centrais relacionados à internação compulsória de pessoas em conflito com a lei, como inimputabilidade, medida de segurança e periculosidade (Santos; Farias, 2014).

Posteriormente, com a implementação de novas diretrizes no âmbito do Plano Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário, iniciou-se uma etapa distinta da reforma psiquiátrica, marcada pela incorporação dos Hospitais de Custódia às discussões teóricas e práticas do campo. As mudanças decorrentes dessas iniciativas estão associadas à tentativa de alinhar essas instituições aos princípios da reforma, promovendo a reorientação do cuidado às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei (Nabuco, 2008).

Além disso, passou-se a priorizar a destinação de recursos para o fortalecimento da rede de atenção psicossocial, em substituição à ampliação de vagas em hospitais de custódia, com investimentos em serviços comunitários, como residências terapêuticas e outros dispositivos de cuidado. No que se refere às medidas de segurança, consolidou-se a diretriz de que seu cumprimento deve ocorrer, preferencialmente, em espaços extra-hospitalares e de base comunitária (Nabuco, 2008).

A Resolução n. 113, de 20 de abril de 2010, e a Recomendação n. 35, de 12 de julho de 2011, do Conselho Nacional de Justiça, normatizam a



implantação de políticas antimanicomiais da Lei 10.216 nas medidas de segurança. Contudo, há uma grande resistência à adesão desses princípios pelos juristas, que ainda se pautam em terminologias técnico-científicas já ultrapassadas, como a noção de periculosidade, centralizando suas decisões na internação em HCTP, conforme a legislação de medida de segurança vigente desde a década de 1940, silenciando, dessa forma, novas possibilidades de práticas jurídicas nesse campo. O movimento tem como objetivo o fim dos hospitais psiquiátricos, em razão do dispêndio ineficaz de recursos públicos e de um modelo de atenção ultrapassado, sem resolutividade, excludente e violento. Sua proposta consiste na criação de serviços substitutivos em saúde mental, tais como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), hospital-dia, ambulatórios, unidades básicas de saúde com equipes mínimas (1 psiquiatra, 1 psicólogo e 1 assistente social), emergência psiquiátrica, leitos psiquiátricos em hospital geral, enfermarias psiquiátricas em hospital geral, centros de convivência, entre outras formas de atenção de caráter não manicomial (Maia; Gradella Júnior, 2021, p. 3).

Mesmo diante dos avanços promovidos pela reforma psiquiátrica, o país ainda contava, em 2014, com um número significativo de leitos psiquiátricos vinculados ao SUS, distribuídos em diversos hospitais especializados (Brasil, 2015). Parte expressiva dessa estrutura concentrava-se no município de Sorocaba, onde também eram recorrentes denúncias de violações e abusos por parte de militantes da área, apesar de enfrentarem situações de intimidação (Conselho Regional De Psicologia, 2013). Paralelamente, observava-se a expansão dos serviços substitutivos, com a existência de mais de dois mil Centros de Atenção Psicossocial em funcionamento no país, em suas diferentes modalidades (Melo, 2004).

No ano de 2023, o Conselho Nacional de Justiça instituiu, por meio da Resolução nº 487, a Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário, com o objetivo de alinhar a atuação judicial às normas nacionais e internacionais de proteção aos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais ou deficiência psicossocial em conflito com a lei. A normativa estabelece diretrizes e procedimentos voltados à aplicação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e da Lei nº 10.216/2001 no processo penal e na execução das medidas de segurança. Entre suas principais previsões, destacam-se a promoção da desinstitucionalização de pessoas internadas em hospitais de custódia, a atuação de equipes multidisciplinares na análise dos casos e a inserção dos usuários em serviços comunitários de saúde mental (Araújo, 2023).



A normativa orienta que a reabilitação dos portadores de transtornos mentais deve se dar por meio da inclusão social, a partir da reconstrução de laços e de referências familiares e comunitárias, além do acesso à renda e ao trabalho. O documento recomenda atendimento em ambiente terapêutico em estabelecimentos de saúde de caráter não asilar, pelos meios menos invasivos possíveis, proibindo o uso de contenção física ou de medicação desproporcional ou prolongada, além de isolamento compulsório e eletroconvulsoterapia. (Araújo, 2023, p.49)

A Lei Antimanicomial e a Resolução CNJ nº 487/2023 são instrumentos legais que orientam a transformação desse cenário, mas que dependem de uma efetiva implementação e de uma constante vigilância para que sejam cumpridos. (Araújo, 2023, p.56)

A resolução determina o fechamento dos HCTP até maio de 2024 e a transferência dos pacientes para serviços de saúde mental da rede pública, com a garantia de acompanhamento e cuidado integral. A resolução também prevê a participação da sociedade civil, dos familiares, dos profissionais de saúde e da justiça, e dos próprios usuários dos serviços de saúde mental na elaboração e na fiscalização do plano nacional de desinstitucionalização. (Araújo, 2023, p.55)

Cabe destacar que a legislação vigente estabelece a internação psiquiátrica como medida excepcional, a ser adotada apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, devendo o tratamento priorizar a reinserção social do indivíduo em seu contexto familiar e comunitário. Além disso, veda-se a manutenção de pacientes em instituições de caráter asilar, entendidas como aquelas que não asseguram cuidado integral e que implicam violação de direitos fundamentais. Nesse cenário, a Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça surge como instrumento normativo voltado à consolidação da política de desinstitucionalização e à definição de diretrizes para a atenção psicossocial das pessoas submetidas a medidas de segurança.

Entretanto, a referida resolução passou a ser objeto de questionamento perante o Supremo Tribunal Federal, por meio de Ação Direta de Inconstitucionalidade proposta pela Associação Nacional dos Membros do Ministério Público (Conamp). Na



**PPGD**  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM DIREITO • UNESC



**fapesc**  
Fundação de Amparo à  
Pesquisa e Inovação do  
Estado de Santa Catarina

ação, foi requerida a suspensão de sua eficácia, medida que foi deferida liminarmente, permanecendo a norma suspensa até o julgamento definitivo.

Portanto, a Lei Antimanicomial é um marco histórico na luta pela saúde mental no Brasil, mas ainda requer muita mobilização, articulação e fiscalização para que seja plenamente cumprida e que as pessoas com transtornos mentais possam ter uma vida digna e integrada à sociedade

#### **4 - Direitos Humanos e Constitucionais das Pessoas com Transtornos Mentais**

De acordo com Carrara (1998), os direitos humanos devem ser compreendidos como construções históricas resultantes da atuação de movimentos sociais que, por meio de mobilização e organização, conquistaram a positividade de garantias em declarações, tratados e legislações voltadas à proteção de grupos historicamente marginalizados e submetidos a diversas formas de violência. Contudo, a mera existência desses instrumentos normativos não assegura, por si só, a efetivação desses direitos, uma vez que sua concretização está condicionada às dinâmicas e disputas de poder presentes no cenário político.

Também é crucial considerar que a perspectiva crítica sobre direitos humanos considera que o grande problema da persistência da barbárie deve ser compreendido tendo-se por origem as condições materiais objetivas; a subjetividade reflete e medeia essas condições materiais e isso tanto ressalta a importância dos processos educativos, para evitar que a barbárie persista, como implica procurar compreender o transtorno mental por suas mediações sociais. (Santos; Farias, 2014, p. 523).

A partir das discussões recorrentes na literatura sobre as chamadas “gerações” de direitos humanos, Gallardo (2014) aponta que a primeira geração está relacionada aos direitos individuais, cuja função é limitar o poder estatal e garantir liberdades fundamentais, sendo fruto das transformações promovidas pelas revoluções burguesas dos séculos XVII e XVIII.

Já a segunda geração corresponde aos direitos de natureza econômica, social e cultural, cuja concretização exige atuação positiva do Estado, tendo emergido das lutas coletivas de trabalhadores organizados, bem como de processos históricos de resistência, como aqueles protagonizados por pessoas submetidas à escravidão.



**PPGD**  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM DIREITO • UNESC



**fapesc**  
Fundação de Amparo à  
Pesquisa e Inovação do  
Estado de Santa Catarina

Nesse contexto, passa a ganhar relevância a análise das condições concretas vivenciadas por grupos privados de direitos.

Por sua vez, a terceira geração de direitos humanos decorre das lutas contra o colonialismo e as diversas formas de dominação neocolonial, abrangendo direitos coletivos relacionados aos povos, nacionalidades e identidades culturais. Incluem-se nesse grupo reivindicações oriundas de movimentos sociais diversos, como os movimentos feministas, negros, indígenas, antimanicomiais, entre outros, voltados à ampliação da inclusão e do reconhecimento social (Gallardo, 2014).

No centro dessas mobilizações está o reconhecimento da legitimidade das diferenças e a necessidade de redistribuição de poder, de modo a fortalecer sujeitos historicamente marginalizados, permitindo que assumam papel ativo em seus processos de emancipação. Nesse sentido, tais lutas contribuíram para a construção de uma concepção de humanidade aberta e dinâmica, fundamentada em relações de reconhecimento e exclusão, o que demanda transformações contínuas, tanto no plano cultural quanto material, para assegurar o reconhecimento pleno do outro como sujeito de direitos (Maia; Gradella Júnior, 2021).

Além disso, as chamadas quarta e quinta gerações de direitos humanos estão associadas a novas agendas, como as pautas ambientais, que enfatizam a responsabilidade intergeracional na preservação do meio ambiente, e as discussões relacionadas ao avanço tecnológico, especialmente no que se refere aos impactos e riscos da manipulação genética, sobretudo no âmbito humano (Maia; Gradella Júnior, 2021).

Nos hospitais psiquiátricos brasileiros, vários grupos foram vítimas de violências, abusos e violações de direitos, principalmente após o golpe militar de 1964. Assim, configura-se um quadro de violências contra os seres humanos que reproduzem o que ocorreu na Shoah<sup>1</sup> na Alemanha, na II Guerra Mundial. Torturas, atitudes violentas dos funcionários, excesso de medicação, mortes provocadas, cemitérios clandestinos eram ações que faziam parte do cotidiano dessas instituições (Gallardo, 2014, p. 48)

A associação entre o modelo manicomial e práticas de violência reforça a centralidade da luta antimanicomial como uma das principais frentes na defesa dos direitos humanos, articulando-se com outros movimentos que, especialmente no contexto da ditadura militar, reivindicavam democracia e respeito às garantias



fundamentais. Nesse sentido, a temática manicomial também se revela fundamental para uma perspectiva educativa comprometida com a prevenção de violações históricas de grande magnitude (santos; Farias, 2014).

Na mesma linha, Gallardo (2014) sustenta que os direitos humanos devem ser compreendidos a partir de uma perspectiva política, marcada por conflitos, afastando-se de concepções abstratas ou meramente idealizadas. Assim, esses direitos devem ser entendidos como resultado de processos históricos de luta social, cujos desdobramentos nem sempre são lineares ou unívocos. Como sintetiza o autor, “Direitos humanos possuem seu ‘fundamento’, ou seja, sua matriz, na conflituosidade social inaugurada e desdobrada pelas formações sociais modernas” (Gallardo, 2014, p. 21).

Sob essa perspectiva crítica, torna-se essencial reconhecer que a efetivação dos direitos humanos está inserida em um contexto de tensões sociais, muitas vezes atravessado por formas legitimadas de violência. A ausência desse olhar pode levar a uma compreensão ingênua acerca da capacidade desses direitos de assegurar, por si só, valores como vida, liberdade e igualdade. Além disso, evidencia-se a necessidade de uma educação em direitos humanos que vá além da simples exposição normativa, incorporando a análise dos conflitos sociais que deram origem às reivindicações por reconhecimento, bem como a compreensão de que conquistas podem ser fragilizadas por novas formas de dominação e por discursos que buscam legitimar desigualdades (Maia; Gradella Júnior, 2021).

É notório que a história sobre os direitos humanos e reações sociais é contada em uma trajetória linear que reconhece, quase tão somente, a consolidação dos direitos como fruto da Declaração Francesa dos Direitos do Homem e do Cidadão, marco da Revolução Francesa, e da Declaração de Independência dos Estados Unidos. Certo que essas revoluções não são as únicas representantes do movimento dos direitos humanos, lutas e conquistas sociais (Piovesan, 2013, p.322).

A proteção dos direitos humanos e constitucionais das pessoas com transtornos mentais é um aspecto crucial da imputabilidade. A Constituição Federal de 1988 e diversos tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário garantem direitos fundamentais a todos os cidadãos, incluindo aqueles com transtornos



**PPGD**  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM DIREITO • UNESC



**fapesc**  
Fundação de Amparo à  
Pesquisa e Inovação do  
Estado de Santa Catarina

mentais. Esses direitos incluem o direito à saúde, à dignidade e à não discriminação (Piovesan, 2013, p. 322).

A Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, reforça a importância de um tratamento digno e adequado. Essa legislação visa assegurar que as pessoas com transtornos mentais recebam tratamento em ambientes menos restritivos possíveis, priorizando a reabilitação e reintegração social (Sarlet, 2015).

Sarlet (2015) argumenta que "a dignidade da pessoa humana é um princípio fundamental que orienta a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais, garantindo-lhes tratamento humanizado e respeito à sua condição" (Sarlet, 2015). Além disso, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada pela ONU em 2006 e ratificada pelo Brasil, enfatiza a necessidade de garantir igualdade de tratamento e oportunidades para pessoas com deficiência, incluindo aquelas com transtornos mentais.

O direito à saúde é um componente essencial da dignidade humana e é especialmente relevante no contexto da inimizabilidade. Segundo Piovesan (2013), "o direito à saúde deve ser garantido de maneira integral e universal, assegurando que todas as pessoas, independentemente de sua condição mental, tenham acesso a serviços de saúde adequados" (Piovesan, 2013, p. 327).

A legislação brasileira tem avançado no reconhecimento desses direitos, mas ainda enfrenta desafios significativos na implementação. As políticas públicas precisam ser constantemente avaliadas e ajustadas para garantir que os direitos das pessoas com transtornos mentais sejam plenamente respeitados e protegidos.

## **5 CONCLUSÃO**

A história do movimento antimanicomial no Brasil mostra como as leis, a psiquiatria e os direitos humanos se entrelaçam. A mudança de um modelo de manicômios, que segregava as pessoas, para uma abordagem que foca na reintegração social e no respeito aos direitos humanos representa uma transformação importante na forma como tratamos pessoas com transtornos mentais.



Os manicômios judiciários, que inicialmente foram criados como lugares de segregação para "criminosos loucos", surgiram em um contexto onde o poder jurídico e a psiquiatria dominavam, muitas vezes ignorando os direitos e a dignidade dessas pessoas.

A partir da década de 1980, o movimento antimanicomial no Brasil, inspirado por experiências internacionais como o modelo de Trieste na Itália, começou a criticar fortemente o modelo de asilos, promovendo uma reforma psiquiátrica que prioriza a desospitalização e a reintegração social dos pacientes. A Lei nº 10.216/2001 solidificou essa mudança, estabelecendo que a internação psiquiátrica deve ser uma medida excepcional, sempre respeitando os direitos humanos. Contudo, a Resolução nº 487/2023 do CNJ marcou um avanço significativo ao institucionalizar a política antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário, estabelecendo diretrizes claras para a desinstitucionalização e reintegração social dos pacientes em conflito com a lei.

Contudo, em razão da liminar deferida na ADI a resolução encontra-se suspensa aguardando julgamento e novos caminhos para o movimento antimanicomial.

No entanto, essa mudança ainda enfrenta obstáculos, especialmente nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), onde a ideia de periculosidade e as medidas de segurança ainda são prevalentes. As políticas de saúde mental, que priorizam o tratamento comunitário e a inclusão social, precisam ser mais amplamente aplicadas para superar esses desafios e garantir que o discurso jurídico e psiquiátrico esteja alinhado com os direitos humanos.

Assim, o movimento antimanicomial não é apenas uma luta por um sistema de saúde mental melhor, mas também um movimento de resistência contra práticas que, historicamente, marginalizaram e desumanizaram pessoas com transtornos mentais. A ligação entre saúde mental e direitos humanos precisa ser constantemente revisitada e fortalecida para promover um sistema mais justo e inclusivo.



## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Amanda Zandonaide de. **Transtornos Mentais e Direito Penal: A realidade de absolvição sumária imprópria e a aplicação das medidas de segurança.** Trabalho de conclusão de curso – Universidade Estradual Paulista (Unesp). Franca, 2023. Disponível em

<https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/e98856d8-518f-473a-bf72-70d1bfe33ca0/content> acesso em 08 de agosto de 2025;

BRASIL. Decreto Nº 1.132, de 22 DE dezembro de 1903. **Reorganiza a Assistencia a Alienados.** Rio de Janeiro/RJ. 1903. Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html> acesso em 07 de agosto de 2025.

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.** Brasília/DF. 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm) acesso em 05 de agosto de 2025;

BRASIL. Ministério Público Federal. **Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da lei n.10.216/2001.** Brasília/DF, 2011. Disponível <https://mpce.mp.br/wp-content/uploads/2016/03/Parecer-sobre-Medidas-de-Seguran%C3%A7a-e-Hospitais-de-Custodia-e-Tratamento-Psiquiatrico-sob-a-perspectiva-da-Lei-N.-10.216-de-2001.pdf> acesso em 06 de agosto de 2025;

CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século.** Rio de Janeiro/São Paulo, Ed. da UERJ/Edusp, 1998;

FERRAZ, Hamilton Gonçalves. **A inimizabilidade no direito penal brasileiro: evolução histórica, princípios fundamentais e a proteção dos direitos humanos e constitucionais das pessoas com transtornos mentais.** Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Direito, 2020;

FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas.** Trad. de Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Morais. 3ª ed. 6ª reimp. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2012;

GALLARDO, Helio. **Teoria crítica: matriz e possibilidade de direitos humanos.** São Paulo: Ed. Unesp, 2014;

MAIA, Ari F.; GRADELLA JÚNIOR, Osvaldo. **A educação em direitos humanos como suporte às políticas antimanicomiais: história e memória.** Trabalho, Educação e Saúde, v. 19, 2021, e00312144. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00312>;



MAMEDE, Margarida Calligaris. **Cartas e retratos**: uma clínica em direção à ética. 2002. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002;

MELO, Marcos Costa - **O Estado e a "Loucura"**: da trajetória à concretização da Colônia Santana. Monografia de Graduação em História. Florianópolis: UFSC, 2002, <https://periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/view/480/9884>;

MELO, Marcos Costa – Crime e Loucura: uma trajetória até a criação do Manicômio Judiciário de Santa Catarina. **Revista Esboços nº 11** – UFSC, 2004, – disponível em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/view/480/9884> acesso em 06 de agosto de 2025;

MUSSE, Luciana Barbosa. **Políticas Públicas em saúde mental no Brasil na perspectiva do biodireito**: a experiência dos estados de Minas Gerais e São Paulo. Tese (Doutorado em Direito). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em <http://www.dominiopublico.gov.br/download/teste/arqs/cp011773.pdf> acesso em 05 de agosto de 2025;

NABUCO, Edvaldo. **Da reclusão à criação**: construção da memória dos usuários do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial. Dissertação de Mestrado, Universidade do Federal do Estado do Rio de Janeiro – RJ. 2008. Disponível em <https://www.unirio.br/cchs/memoriasocial/dissertacoes/2008/233> acesso em 05 de agosto de 2025;

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 14. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2013;

SANTOS, Ana Luiza Gonçalves dos; FARIAS, Francisco Ramos de. **Criação e extinção do primeiro Manicômio Judiciário do Brasil**. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 17(3), 515-527, set. 2014. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2014v17n3p515-9>;

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 11. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2015.