



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS – CCJ
COORDENAÇÃO DO CURSO DE DIREITO – CAMPUS JOÃO PESSOA
COORDENAÇÃO DE MONOGRAFIA**

HILLARY SUELLEN DA SILVA FREITAS

**É PRECISO ESTAR ATENTO E FORTE: UM ESTUDO SOBRE OS CAMINHOS
TRILHADOS PARA A ABERTURA DE FISSURAS ANTIMANICOMIAIS NO
SISTEMA DE JUSTIÇA CRIMINAL**

**JOÃO PESSOA
2023**

HILLARY SUELLEN DA SILVA FREITAS

**É PRECISO ESTAR ATENTO E FORTE: UM ESTUDO SOBRE OS CAMINHOS
TRILHADOS PARA A ABERTURA DE FISSURAS ANTIMANICOMIAIS NO
SISTEMA DE JUSTIÇA CRIMINAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Direito de João
Pessoa do Centro de Ciências Jurídicas da
Universidade Federal da Paraíba como
requisito parcial da obtenção do grau de
Bacharel em Direito.

Orientadora: Dr.^a Ludmila Cerqueira Correia

**JOÃO PESSOA
2023**

**Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação**

F866p Freitas, Hillary Suellen da Silva.

É preciso estar atento e forte : um estudo sobre os caminhos trilhados para a abertura de fissuras antimanicomiais no sistema de justiça criminal / Hillary Suellen da Silva Freitas. - João Pessoa, 2023. 108 f. : il.

Orientação: Ludmila Cerqueira Correia.
TCC (Graduação) - UFPB/CCJ.

1. Sistema de Justiça Criminal. 2. Luta Antimanicomial. 3. Reforma Psiquiátrica. 4. Medidas de Segurança. 5. Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. I. Correia, Ludmila Cerqueira. II. Título.

UFPB/CCJ

CDU 34

HILLARY SUELLEN DA SILVA FREITAS

**É PRECISO ESTAR ATENTO E FORTE: UM ESTUDO SOBRE OS CAMINHOS
TRILHADOS PARA A ABERTURA DE FISSURAS ANTIMANICOMIAIS NO
SISTEMA DE JUSTIÇA CRIMINAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Direito de João
Pessoa do Centro de Ciências Jurídicas da
Universidade Federal da Paraíba como
requisito parcial da obtenção do grau de
Bacharel em Direito.

Orientadora: Dr.^a Ludmila Cerqueira Correia

DATA DA APROVAÇÃO: 30 DE OUTUBRO DE 2023

BANCA EXAMINADORA:

Ludmila Cerqueira Correia
Prof.º Dr.^a LUDMILA CERQUEIRA CORREIA

(ORIENTADORA)

Gustavo Barbosa M. Batista
Prof. Dr. GUSTAVO BARBOSA DE MESQUITA BATISTA

(AVALIADOR)

Anna Luiça Castro Gomes
Prof. Dr.^a ANNA LUIZA CASTRO GOMES

(AVALIADORA)

*Dedico este trabalho aos que – parafraseando Nise
da Silveira – se espantam, indignam-se e se
contagiam possibilitando mudança da realidade.
Aos que navegam contra a corrente.
Aos que lutam por liberdade.*

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é o fruto de uma jornada coletiva, de compartilhamentos de dores, risos, abraços e afetos. Tem-se aqui o resultado não só de minha dedicação, mas do apoio daqueles que acreditaram e investiram em mim quando eu mesma hesitei, daqueles que me inspiraram nesse caminho repleto de emoções e experiências compartilhadas.

Agradeço ao misericordioso Deus pelo dom da vida, pela saúde e disposição me dadas para a conclusão do curso, assim como dessa monografia.

À minha família, meus alicerces, sem os quais eu não poderia me firmar. Uma nova etapa se alcança pelo amor e suporte que vocês me proporcionam, avós, tios, primos, e, especialmente minha mãe, Patrícia. À ela, minha maior inspiração e fonte de incentivo, meu total coração e gratidão por sonhar comigo. Seus esforços incansáveis para nos manter e me guiar nesses incríveis anos, sua força e companheirismo, tornaram-me no que sou. Sem a senhora, meu primeiro passo não seria possível, muito menos toda a caminhada até aqui.

Ao meus queridos amigos, que nos entraves da vida, permitiram-me o acalento e a força. Nossa amoroso elo permanece vivo mesmo a quilômetros de distância. Vocês me inspiram, me iluminam e tornam minha vida mais leve.

À minha orientadora, Dra. Ludmila Cerqueira, por topar a orientação dessa monografia, pela paciência, pelas trocas e ensinamentos, por ser minha referência bibliográfica e biográfica de luta e resistência.

Ao LouCid, um encontro de luz, afetos e revolução, que me proporcionou uma formação humanística antimanicomial e vivências engrandecedoras nessa graduação. Sem vocês, não conheceria a luta pelo fim dos manicômios. Com vocês, sonho e luto por isso.

A todos que cruzaram minha trajetória e deixaram um pouco de si, incentivando-me e me desejando o bem. Agradeço pelos momentos de troca, que me impactaram e influenciaram em minha caminhada.

A mim mesma, carinhosamente me agradeço pela coragem de me enfrentar, resistir e seguir adiante.

Até quando o paciente psiquiátrico deverá ser contido nas camisas de força da periculosidade social, da total incapacidade de entender e querer, da inimputabilidade, da exclusão do processo? É admissível a manutenção de normas contrastantes com as Constituições e com o espírito das leis da reforma italiana e daquela brasileira, que varreram o nexo doença-periculosidade e sustentam com ênfase a responsabilidade e os direitos de todo cidadão? (Venturini, 2013, p.243).

RESUMO

O presente estudo objetiva analisar o instituto penal das Medidas de Segurança e dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob as lentes da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica brasileira. A análise se debruça sobre os espaços democráticos de debates públicos que versam sobre a temática, bem como a consequente criação de uma normativa brasileira antimanicomial e seu impacto no sistema de justiça criminal. Em contraponto ao que se discute a temática na legislação penal, observa-se experiências vanguardistas existentes na prática do cuidado em saúde mental antimanicomial deste grupo social. Para tanto, tem-se como objetivos específicos: a) observar como os debates públicos sobre as medidas de segurança e os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico reverberaram em uma mudança de compreensão destes institutos, especialmente após a publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica; b) identificar a normativa brasileira sobre as medidas de segurança e os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) produzida após a publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica e seus desdobramentos no Brasil até os dias atuais; c) analisar a legislação penal frente aos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira; d) discutir a importância da nova Política Antimanicomial do Poder Judiciário com a Resolução 487/2023, do CNJ; e) refletir sobre o direito à saúde mental antimanicomial no sistema de justiça criminal. Optou-se por uma abordagem qualitativa, de natureza exploratória, baseando-se em pesquisa documental e bibliográfica. Problematiza-se sobre as possíveis fissuras jurídicas no sistema de justiça criminal rumo às práticas institucionais desinstitucionalizantes nos manicômios judiciários e mentais. Na lógica do combate à invisibilidade, ao silenciamento e à opressão que prejudicam a garantia dos seus direitos fundamentais, o presente trabalho busca contribuir para a promoção de um sistema de justiça criminal que respeite o direito à saúde mental antimanicomial e garanta o tratamento adequado e a reintegração social das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei, superando desafios históricos e efetivando o acesso ao direito, à justiça e à cidadania dessas pessoas.

Palavras-chave: Sistema de Justiça Criminal. Luta Antimanicomial. Reforma Psiquiátrica. Medidas de Segurança. Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

ABSTRACT

The present study aims to analyze the penal institute of Security Measures and Psychiatric Custody and Treatment Hospitals, through the lenses of the Brazilian Anti-Asylum Struggle and Psychiatric Reform. The analysis delves into democratic spaces of public debates surrounding the subject, as well as the subsequent creation of Brazilian anti-asylum regulations and their impact on the criminal justice system. While discussing this topic within the conservative penal legislation, on the other hand, it is possible to observe pioneering experiences in the practice of anti-asylum mental health care for this social group. The specific objectives are: a) to observe how public debates on security measures and Psychiatric Custody and Treatment Hospitals reverberated in a change of understanding of these institutions, especially after the publication of the Psychiatric Reform Law; b) to identify Brazilian regulations on security measures and Psychiatric Custody and Treatment Hospitals (PCTH) produced after the publication of the Psychiatric Reform Law and its developments in Brazil to the present day; c) to analyze penal legislation in light of the principles and guidelines of the Brazilian Psychiatric Reform; d) to discuss the importance of the new Anti-Asylum Policy of the Judiciary with Resolution 487/2023 from the National Council of Justice (CNJ); e) to reflect on the right to anti-asylum mental health within the criminal justice system. A qualitative, exploratory approach was chosen, based on documentary research and bibliographic research. The study raises questions about potential legal gaps in the justice system towards deinstitutionalizing practices in forensic and mental asylums. In the logic of combating invisibility, silence, and oppression that hinder the guarantee of their fundamental rights, this work seeks to contribute to the promotion of a criminal justice system that respects the right to anti-asylum mental health and ensures the appropriate treatment and social reintegration of individuals with psychosocial disabilities in conflict with the law, overcoming historical challenges and ensuring access to rights, justice, and citizenship for these individuals.

Key-words: Criminal Justice System. Anti-asylum Fight. Psychiatric Reform. Security Measures. Psychiatric Custody and Treatment Hospitals.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 O INSTITUTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA: CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO	15
2.1 CONCEITUAÇÕES, ESTABELECIMENTO E FINALIDADES ATRIBUÍDAS AO INSTITUTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA.....	15
2.2 DADOS SOBRE OS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NO BRASIL	21
2.3. SISTEMATIZAÇÃO DO DEBATE PÚBLICO SOBRE MEDIDA DE SEGURANÇA E HCTPS A PARTIR DOS NOVOS ENTENDIMENTOS EM SAÚDE MENTAL NO PAÍS.	26
3 A PRODUÇÃO DA NORMATIVA BRASILEIRA ANTIMANICOMIAL SOBRE MEDIDAS DE SEGURANÇA E HCTPS ESPECIALMENTE APÓS A PUBLICAÇÃO DA LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	49
4 CONTRA O PESSIMISMO DA LEGISLAÇÃO PENAL, A VANGUARDA DA PRÁTICA ANTIMANICOMIAL	76
4.1 PROBLEMATIZAÇÕES SOBRE A ATUAL LEGISLAÇÃO PENAL QUANTO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA PSICOSSOCIAL EM CONFLITO COM A LEI.....	76
4.2 CAMINHANDO CONTRA O VENTO: DIREITO AO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL SOB A PERSPECTIVA ANTIMANICOMIAL NO SISTEMA DE JUSTIÇA CRIMINAL.	82
4.2.1 A POLÍTICA ANTIMANICOMIAL DO PODER JUDICIÁRIO, INSTITUÍDA PELO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA	83
4.2.2 PRÁTICAS EXITOSAS EM ALGUNS ESTADOS BRASILEIROS	88
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS	97

1 INTRODUÇÃO

A percepção sobre a loucura sobrevém em distintas abordagens no itinerário histórico da humanidade, revelando-se desde modelos excludentes e discriminatórios quanto aos indivíduos em sofrimento mental até momentos exitosos que oportunizaram avanços na compreensão sobre o adequado tratamento.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica surgiu como um grande marco no campo da saúde mental, percebendo a loucura não mais por intermédio do saber médico e higienista, mas em uma dimensão socio-cultural humanizada. Em 1978, no contexto da reabertura democrática do país, é fundado em nível nacional o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, o sujeito coletivo com o propósito de reformulação da assistência psiquiátrica (Amarante; Nunes, 2018).

Fomentando-se desde então críticas relacionadas não só à estruturação dos manicômios, bem como ao discurso tirânico do saber/práxis da psiquiatria, a proposta brasileira de Reforma Psiquiátrica teve como inspiração a experiência italiana da psiquiatria democrática, que se iniciou na década de 1960, pelo psiquiatra Franco Basaglia e colaboradores (Gomes, 2013).

Tratou-se de um processo de mudança dos modelos de atenção “e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado” (Brasil, 2005a). Destarte, é possível compreender que a Reforma Psiquiátrica se estabelece com a crise do paradigma de atendimento focalizado no hospital psiquiátrico e no surgimento da força dos movimentos sociais em prol dos direitos das pessoas com transtorno mental.

Mais tarde, os trabalhadores de saúde mental se uniram a outros sujeitos sociais, tais como intelectuais, usuários, familiares e sanitaristas, que travaram discussões mais centradas “nas questões da extinção dos manicômios e da mercantilização da loucura, na necessidade de uma articulação mais estrita com os demais movimentos sociais para que estes fossem incorporados à luta pela transformação das políticas e das práticas em saúde mental” (Gomes, 2013), o que resultaria na criação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA).

Sob o lema “por uma sociedade sem manicômios”, o MNLA é um dos diversos segmentos que hoje compõem a dimensão da luta antimanicomial, ao lado da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA), Associação Brasileira de Saúde Mental

(ABRASME), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e a Frente Ampliada de Saúde Mental (FASM).

A Luta Antimanicomial tem como propósito redefinir a compreensão da loucura e promover uma transformação nas interações entre pessoas consideradas “loucas” e a sociedade, relação alcançada por meio da reavaliação de conceitos, influências culturais, diretrizes políticas e jurídicas. Esse movimento reflete aspirações e visões de uma sociedade sem manicomios, empenhando-se em prol da desinstitucionalização da loucura, desvinculando a abordagem da saúde mental de instituições fechadas e apostando no cuidado em território e em liberdade. O que deveria ser tido como comum, surge como revolucionário a quem se utiliza de lentes manicomiais: uma abordagem mais humanizada e inclusiva para o tratamento e o cuidado das pessoas em sofrimento mental.

Enquanto a Reforma Psiquiátrica buscou a reestruturação e modernização da rede assistencial, a luta antimanicomial se assenta na compreensão de “uma revolução sociocultural em prol da superação do paradigma psiquiátrico tradicional e da construção de um novo lugar social para o louco” (Gomes, 2013), não se limitando à noção de “reforma”.

Ademais, a luta antimanicomial ampliou a participação de sujeitos sociais, quando comparado ao campo técnico que encabeçou a Reforma Psiquiátrica, fazendo com que a “questão psiquiátrica” se tornasse também uma questão política (Amarante, 1997). A gênese desse processo político e social foi impulsionada por diversas forças, desde esferas governamentais em seus diferentes níveis (federal, estadual, municipal), somado ao ativismo dos trabalhadores em serviços de saúde, instituições universitárias, conselhos profissionais, bem como por associações de familiares e pessoas em sofrimento mental, estes agora em posição de protagonistas na luta pela garantia de acesso ao direito e à justiça.

No âmbito legislativo, ao fim da década de 1980, foi elaborado o Projeto de Lei n. 3.657/1989 proposto por Paulo Delgado, à época Deputado Federal. Esta iniciativa proibia a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos, bem como dispunha sobre a extinção progressiva dos leitos de características manicomiais e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória (Brasil, 1989). Após 12 (doze) anos em tramitação no Congresso Nacional e mudanças em seu teor, advindo por meio de uma emenda substitutiva, é promulgada a Lei 10.216 em 06 de abril de 2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica.

A Lei 10.216/2001 proíbe a internação de pessoas com transtorno mental em instituições com características asilares e estabelece o tratamento preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental dentre um dos direitos da pessoa em sofrimento mental

(Brasil, 2001a), o que incita não só a mera desospitalização (retirada dos indivíduo dos hospitais psiquiátricos ou de custódia), mas de desinstitucionalização, processo mais amplo que envolve uma transformação cultural e a construção de uma rede de cuidados abrangente, de base comunitária, visando à inclusão e ao respeito pelos direitos das pessoas com transtornos mentais. O fortalecimento de uma rede de cuidados, incentivado pela norma, transforma-se mais tarde na RAPS, Rede de Atenção Psicossocial.

A mencionada Lei ainda reforça a proteção dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, proibindo tratamentos desumanos e degradantes, bem como assegura o direito à informação sobre o tratamento e a participação do paciente no processo terapêutico (Brasil, 2001a). Essa legislação é, ainda, um marco legislativo na promoção da autonomia, pois enfatiza a importância da autonomia da pessoa com transtorno mental na tomada de decisões relacionadas ao seu tratamento, fortalecendo sua participação ativa no processo terapêutico e respeitando sua capacidade de fazer escolhas sobre sua própria vida.

Embora seja mais genérica e não cite diretamente aqueles com transtorno mental em conflito com a lei, é imprescindível compreendê-la como importante marco legislativo quanto à assistência e aos direitos para as pessoas em sofrimento mental, o que a torna pauta de novos debates, bem como orientação de novas políticas em saúde mental. É nesse passo, considerando sua importância na construção de um novo olhar de impedimento à produção de “manicomialidades”, que o presente trabalho opta em se utilizar da Lei 10.216/2001 como ponto de partida para compreender os HCTPs e a execução das medidas de segurança. Estes, afinal, são manicomiais e, para tanto, também estão implicados no debate que a legislação propõe.

No atravessamento da correlação de forças e tensões inerentes aos conflitos no âmbito da reforma psiquiátrica brasileira, por meio do esforço conjunto de atrizes e atores empenhados na garantia do acesso ao direito e à justiça, foi possível avançar cenários antimanicomiais no âmbito da saúde mental e dos direitos humanos. Na promoção do debate público, há implicação direta da participação de diversos atores sociais ávidos por novas formas de cuidado daquele em sofrimento mental e pelo resgate de sua cidadania. Nesse sentido, sob as lentes da mobilização conjunta de muitas figuras, constrói-se um conjunto de normas relacionadas às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei com abrangência nos sistemas de justiça, segurança e de saúde, das quais trouxeram impactos em documentos institucionais e na legislação penal.

Nessa perspectiva, à luz da luta antimanicomial e da consciência da incompatibilidade de um Estado Democrático de Direito em face das internações compulsórias de “loucos-infratores” em instituições de natureza asilar, os “hospitais-prisão”, como tentativa

de cuidado, problematiza-se: quais as possíveis fissuras jurídicas no sistema de justiça rumo às práticas institucionais desinstitucionalizantes nos manicômios judiciais e mentais?

Assim, o objetivo geral desta pesquisa é analisar, considerando o processo advindo da mobilização da luta antimanicomial, os efeitos produzidos e reverberados em normativas sobre o sistema de justiça criminal para a garantia do direito à saúde mental antimanicomial das pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei.

Para tanto, tem-se como objetivos específicos: a) observar como os debates públicos sobre as medidas de segurança e os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico reverberaram em uma mudança de compreensão destes institutos, especialmente após a publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica; b) identificar a normativa brasileira sobre as medidas de segurança e os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) produzida após a publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica e seus desdobramentos no Brasil até os dias atuais; c) analisar a legislação penal frente aos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira; d) discutir a importância da nova Política Antimanicomial do Poder Judiciário com a Resolução 487/2023, do CNJ; e) refletir sobre o direito à saúde mental antimanicomial no sistema de justiça criminal.

Com vistas a atingir os pretensos objetivos, utilizou-se, quanto à abordagem, de uma pesquisa qualitativa, uma vez que o nível de realidade não pode ser quantificado (Minayo, 2014), mas se encontra repleto de subjetividades próprias das relações sociais. Desse modo, o presente trabalho apresenta os enredamentos de uma discussão que atravessa direitos humanos, saúde mental e sistema de justiça criminal.

Seguiu-se, para tanto, o modelo de pesquisa de natureza exploratória, sendo proceduralmente documental e bibliográfica, observando que na qualidade de recurso metodológico, a pesquisa exploratória investiga um assunto ou problema de forma inicial tendo em vista adequar a pesquisa à realidade que se pretende conhecer (Piovesan; Temporini, 1995) e consequentemente obter uma melhor compreensão e familiaridade com o tema em questão (Gil, 1991).

Cuida-se preliminarmente em observar que embora a Lei da Reforma Psiquiátrica não torne explícita quanto à internação na eventualidade de autoria de delito por pessoa em sofrimento mental, trata, no entanto, da internação compulsória, isto é, a internação judicialmente determinada (Correia; Almeida, 2018). É, portanto, considerando-a como um marco legislativo ao redimensionar a perspectiva do cuidado à pessoa em sofrimento mental e assumindo o compromisso terapêutico com a reintegração social das pessoas internadas, que o

percurso da sistematização a ser trabalhado compreenderá o encadeamento de eventos e construção de normativas que ocorreram especialmente após a publicação da citada lei.

Impera também mencionar que há várias possibilidades de categorização do “louco-criminoso” presentes na literatura corrente, como pessoa/ sujeito com transtorno mental em conflito com a lei, sujeitos com sofrimento psíquico em conflito com a lei, portadores de transtorno mental em conflito com a lei, entre outras. No presente trabalho, para adequação à linha teórica cronológica do texto, escolheu-se a primeira terminologia.

Contudo, à medida que se observa uma ampliação do uso de termos, escolheu-se também a expressão “pessoa com deficiência psicossocial em conflito com a lei”, conceito mais recente e utilizado para se adequar ao que dispõe a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, bem como melhor visto na Resolução 487/2023, do Conselho Nacional de Justiça. A fim de não reproduzir anacronismos, será esta utilizada a partir das análises dos marcos que a estabeleceram. Cabe ainda esclarecer que outras expressões poderão surgir no texto, quando reproduzidas citações diretas.

O primeiro capítulo se revela em dois momentos. O primeiro, de maior contextualização, traz conceituações e finalidades atribuídas ao instituto da Medida de Segurança, bem como noções introdutórias a respeito do estabelecimento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil. No segundo momento, traz-se a sistematização do debate público sobre Medida de Segurança e HCTPs a partir dos novos entendimentos em saúde mental no país, investigando dez eventos públicos a nível nacional, em um período de 30 anos (de 1987 a 2017), escolhidos por serem compreendidos como os principais debates com essas temáticas. A análise de tais debates se deu, principalmente, a partir dos Relatórios produzidos nesses eventos, dos quais se pôde extrair os principais apontamentos e diretrizes resultantes.

O segundo capítulo, por seu turno, analisa o percurso institucional interdisciplinar entre saúde mental e sistema de justiça criminal na produção da normativa brasileira sobre medidas de segurança e HCTPs, especialmente após a publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica, tecendo conexões com os eventos públicos citados em capítulo anterior. Neste estágio do trabalho, foram utilizadas normas oriundas da Presidência da República, dos Ministério da Saúde e da Justiça, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária e do Conselho Nacional de Justiça. Nesse capítulo, ainda que não possuísse caráter normativo, também se analisou um parecer produzido pelo Ministério Público Federal, escolhido por ser um documento institucional, que revela a mobilização político-jurídica de um órgão do Sistema de Justiça.

Este percurso implica um recorte inerente ao processo de Reforma Psiquiátrica: sua dimensão jurídico-política¹. Identificada por Amarante (2009), esta dimensão é compreendida como o campo que reflete, discute e redefine as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais. Isto porque a dimensão jurídico-política do movimento reformista psiquiátrico observa as relações entre Estado e sociedade, das quais são “propostas as alterações para o aparato jurídico, inventadas as instituições de cuidado e transformadas as políticas públicas” (Gomes, 2013). Como se verá, o caminho aqui proposto engloba, por um lado, a perspectiva política ao analisar a discussão pública que segue em torno das temáticas antimanicomiais escolhidas; por outro, a jurídica, quando se propõe observar a trilha do arcabouço jurídico antimanicomial.

A análise deste itinerário de mobilização social e jurídica seguiu até o entroncamento das possibilidades no processo de garantia do direito à saúde mental antimanicomial das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei. O último capítulo estabelece, no primeiro momento, as implicações dos debates e normativa analisados em capítulos anteriores sobre a legislação penal (Código Penal, Código de Processo Penal e Lei de Execução Penal). Em relação à isso, tópicos posteriores tratarão do contraste entre o que se discute no início deste capítulo e os caminhos trilhados até os dias atuais, como a nova política antimanicomial do Poder Judiciário e as experiências dos programas de atenção à pessoa com deficiência psicossocial em conflito com a lei em alguns estados brasileiros com a readequação das medidas de segurança ao modelo antimanicomial.

Não obstante o crescente debate e destaque nos últimos meses, a bibliografia de trabalhos jurídicos referente a esse estudo ainda é limitada e incipiente no âmbito do Direito. A escolha desse recorte para estudo e elaboração da presente pesquisa é justificável tanto pela escassez de referências específicas recentes, quanto pela sua relevância social e contemporaneidade, contribuindo, inclusive, para posteriores debates sobre o tema.

¹Paulo Amarante (2007; 2009) identifica quatro dimensões no complexo processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, sendo elas a teórico-conceitual, a técnico-assistencial, a jurídico-política e a sociocultural, como um meio de compreender a processualidade da experiência da loucura, bem como a historicidade dos movimentos sociopolíticos que buscam sua transformação.

2 O INSTITUTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA: CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO

2.1 CONCEITUAÇÕES, ESTABELECIMENTO E FINALIDADES ATRIBUÍDAS AO INSTITUTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA

A expressão “medida de segurança” induz à uma noção de “precaução”. No contexto da evolução do Direito Penal, sob as lentes da Escola Positivista, a mesma surgiu como uma resposta punitiva do Estado contra o criminoso não mais baseada na noção de culpabilidade, mas de periculosidade.

Os positivistas acreditavam na punição penal como salvaguarda à proteção da sociedade, empregando diversos métodos de defesa, ainda que com um caráter essencialmente preventivo. Sob a perspectiva da Escola Positiva, a ideia de livre-arbítrio é vista como uma ilusão, visto que o infrator é tido como prisioneiro de sua própria patologia (sob o viés de um determinismo biológico) ou mesmo sofria de influências causais externas, revelando-se em um determinismo social. É sob tal ótica que se falam nos termos de providência, precaução, cautela, características fulcrais para se evitar um determinado mal ao corpo social.

A partir desses fundamentos, os sectários da Escola Positiva levaram a extremos a ideia de uma sanção como instrumento de defesa social, chegando a propor o abandono da pena, ligada que é à lembrança de castigo, para propor, como fez Enrico Ferri, sua literal substituição pela denominação medida de segurança para esta expressão indicar os expedientes de que o Estado deveria valer-se para combater a criminalidade e para alcançar a ressocialização do delinquente (Caetano, 2018, p. 38).

A medida de segurança se trata, nesse sentido, de um instituto utilizado pelo Estado como providência para exercer controle social, com o objetivo de mitigar os riscos associados a indivíduos considerados inimputáveis ou semi-imputáveis que tenham cometido um ato criminoso. Busca-se, com isso, evitar que a pessoa volte a cometer o mesmo ato, exigindo um tratamento apropriado e visando sua reintegração à sociedade.

A doutrina aponta que medida de segurança seria “a modalidade de sanção penal com finalidade exclusivamente preventiva, e de caráter terapêutico, destinada a tratar inimputáveis e semi-imputáveis portadores de periculosidade, com o escopo de evitar a prática de futuras infrações penais” (Masson, 2017, p.955).

A imputabilidade do sujeito, compreendida como “capacidade para a culpabilidade” (Weigert, 2015, p.70), ocorre quando não há óbices à consciência do ilícito ou

mesmo não há possibilidade de uma ação adequada às normas legais. A inimputabilidade, por conseguinte, relaciona-se à ideia da incapacidade relativa ou absoluta do indivíduo em discernir a conduta praticada configurada como infração penal. Surgem, assim, os inimputáveis ou semi-imputáveis.

Juarez Tavares (2015, p. 97) comprehende a imputabilidade como um juízo político sobre a capacidade de entendimento e a “autodeterminação do agente frente às normas criminalizadoras”. Nesse diapasão, àqueles que carecem da capacidade de autodeterminação, uma vez que representam um perigo, são perigosos e, portanto, deve lhes ser imposta a medida de segurança.

Fica aqui evidente que a medida de segurança acaba punindo o agente pelo que é (supostamente perigoso), em vez de se concentrar efetivamente na ação praticada. Assim consagra seu objetivo principal de mitigar a ameaça inerente ao indivíduo que é inimputável (Lebre, 2013).

Até o ano de 1940, as medidas de segurança não faziam parte da legislação brasileira. Até esse momento, o destino de um indivíduo em sofrimento mental que fosse processado criminalmente por cometer um crime era o mesmo que o dos outros indivíduos com transtorno mental que não estivessem envolvidos em ilícitos penais por inexistir locais específicos destinados aos autores de delitos. Para ambos, havia determinações para o indivíduo voltar ao seio familiar ou ser internado em hospital psiquiátrico, escolha que ficava a critério do magistrado sem a necessidade de fundamentação de sua decisão (Correia, 2007).

Contudo, também há registros de alguns autores sobre encaminhamentos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei às Casas de Correção, que marcam o sistema prisional brasileiro, especialmente nos séculos XIX e XX como uma forma de punição e correção de criminosos e infratores. Eram destinadas a tais instituições principalmente os infratores de baixa periculosidade, como pequenos criminosos, mendigos, vadios e pessoas que cometeram delitos menores.

Raimundo Nina Rodrigues (1905), ao investigar a situação dos loucos infratores na Bahia, observou que a imprensa frequentemente relatava casos em que esses indivíduos sofriam enquanto estavam presos nos postos policiais ou na Casa de Correção. Silva (2011), por sua vez, pontua que em Pernambuco, em meados do século XIX, era comum que as autoridades judiciárias encaminhassem pessoas que apresentassem um desvio incomum de comportamento, tais como os loucos, para cadeias ou Casas de Correção.

Para Jacobina (1982, p.49 apud Correia, 2007, p.53) as Casas de Correção constituem os “antecedentes dos manicômios judiciários”. Estes, por sua vez, superam o

objetivo de contenção das Casas e adquirem um status médico, vindo a ser a instituição responsável para “curar” o transtorno mental e isolar o indivíduo enquanto fosse um risco em potencial à sociedade. O texto original do Código Penal de 1940, em seu art. 76, previa que a aplicação da medida de segurança pressupunha a prática de fato previsto como crime e a periculosidade do agente.

As medidas de segurança não se restringiam aos inimputáveis, como veio a ser estabelecido quase meio século depois na reforma penal de 1984, pois eram originalmente aplicáveis também ao agente imputável, desde que fosse legalmente presumida a sua periculosidade (art. 78), ou fosse esta (a periculosidade) determinada em função de um juízo discricionário do julgador, baseado na personalidade do agente, nos seus antecedentes, assim como nos motivos ou circunstâncias do crime (art. 77) (Caetano, 2018).

A inimputabilidade, assim, seria uma das causas de exclusão da culpabilidade. Portanto, exclui-se o delito pois não estão presentes todos os elementos necessários para sua caracterização, visto que apesar de ter sido cometido um fato penal típico e ilícito, não seria culpável. Quanto à culpabilidade, não poderia ser reconhecida visto que faltaria um dos seus requisitos, qual seja, a imputabilidade.

O art. 22 do Código Penal de 1940, em sua redação original, previa como “irresponsáveis” os menores de dezoito anos, bem como “o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (Brasil, 1940a).

O Código se utiliza, nesse contexto, do critério biopsicológico, com o qual não é suficiente ser uma pessoa com transtorno mental para ser considerado inimputável, mas também é necessário que a enfermidade mental resulte em uma incapacidade de compreensão e de autodeterminação de sua conduta.

O mesmo dispositivo supracitado ainda faz menção aos semi-imputáveis no parágrafo único do art. 22 quando anuncia a hipótese de imputabilidade com responsabilidade penal diminuída ao prever que “em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (Brasil, 1940a).

Com redação dada pela lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984, o termo “irresponsáveis” foi alterado para “inimputáveis”. Outra alteração no texto original de 1940, tratou-se da revogação da presunção de periculosidade. Contudo, para Prado e Schindler (2017), mesmo que não haja mais menção explícita à presunção de periculosidade, essa presunção ainda

está presente de forma implícita nas disposições da redação do artigo 97, §1º, na atual redação do Código Penal, quando este prevê que a medida será executada por tempo indeterminado, a depender da cessação da periculosidade, verificada por perícia médica.

Para além disso, houve um deslocamento do texto do que antes seria o art. 22 para o atual art. 26, do atual Código Penal brasileiro. A determinação que estabelece a falta de responsabilidade (inimputabilidade) do sujeito com base no art. 26 é tecnicamente definida como uma sentença de absolvição, como nos é indicado explicitamente pelo Código de Processo Penal em seu art. 386, inciso VI, que prevê que o *juiz absolverá o réu*, mencionando a causa na parte dispositiva, desde que reconheça existirem circunstâncias que excluam o crime ou isentem o réu de pena citando, entre outros, o art. 26 ou mesmo se houver fundada dúvida sobre sua existência (Brasil, 1941).

A isenção de pena é dada por meio de uma sentença absolutória imprópria, na qual o réu é absolvido do cumprimento da pena, mas é submetido à medida de segurança. Ou seja, o conteúdo daquela decisão será de cunho sancionatório e o agente ainda sofre uma sanção penal. A imposição da medida de segurança para o inimputável está prevista no art. 97 do Código Penal, que determina que em caso de haver inimputabilidade, nos moldes do art. 26 do mesmo diploma normativo, o juiz ordenará a internação do agente. Se, por outro lado, a conduta criminosa for punível com detenção, poderá o juiz submeter o agente ao tratamento ambulatorial (Código Penal, 1940b).

O artigo seguinte configura uma segunda situação na esfera jurídica em que seria autorizada a aplicação da medida de segurança, sendo esta na hipótese do semi-imputável (art. 26, parágrafo único) necessitar de tratamento especial “curativo” (Brasil, 1940b). Decidirá o juiz, na análise sobre os fatos do caso concreto, se há necessidade de “especial tratamento tranquilo”, como dita o Código e poderá, por esses termos, optar pela substituição da pena por medida de segurança.

Ainda em 1940, adotava-se o sistema de duplo binário, cujo nome se origina do termo italiano “doppio binario”, que implicava na “imposição sucessiva da pena e da medida de segurança em consequência do mesmo fato” (Dotti, 2002, p. 621) para indivíduos condenados e presumidos como perigosos.

Essa legislação sofreu substancial mudança apenas em 1984, com a reforma penal e adoção do sistema vicariante, quando as medidas de segurança passaram a se restringir à imposição de apenas uma das sanções penais: ou se impunha exclusivamente a pena, ou se impunha a medida de segurança, não mais cabendo a imposição cumulativa de ambos os institutos.

A internação e o tratamento ambulatorial são as duas modalidades de medida de segurança, com previsão expressa no art. 96. A internação imposta ao inimputável será executada em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) ou, na sua falta, em outro estabelecimento penal adequado. Caso o crime seja punível por detenção, adotando o tratamento ambulatorial, que acontece em liberdade, no qual o indivíduo se apresentará durante o dia no HCTP ou em outro local que disponha de “dependência médica adequada”, de acordo com o art. 101 da LEP (Brasil, 1984).

Com a promulgação da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, a Lei de Execução Penal (LEP), institui-se outra hipótese de aplicação da medida de segurança, que poderá ocorrer quando se verificar caso de superveniência “de doença mental ou perturbação da saúde mental” durante o tempo de confinamento no cárcere, no curso da execução da pena privativa de liberdade (Brasil, 1984). O Código Penal, com redação dada pela Lei 7.209, de 11 de julho de 1984, ganha o art. 41, que determina que o cumprimento da medida de segurança também seja em HCTPs.

Em tal caso, a medida de segurança imposta em substituição à pena passa a ser irrevogável, da qual “não mais se admite o retorno à situação jurídica anterior, de maneira que a pena deixa de existir para definitivamente dar lugar à medida de segurança, que passa a orientar-se segundo as regras específicas do assunto” (Caetano, 2018).

Vale salientar que, ao contrário da pena, que possui um conjunto de diretrizes para sua execução, as medidas de segurança não possuem tal menção na legislação e tampouco na Constituição Federal. Enquanto para os indivíduos tidos como “normais” a pena é limitada por um prazo específico, havendo a possibilidade de progressão de regime e a prescrição do delito, no caso das medidas de segurança, esses aspectos não foram sequer mencionados. No caso da medida de segurança, o que se tem é a disposição de um prazo mínimo de duração, variando entre um a três anos, conforme dita o art. 97, do Código Penal. Entretanto, não há prazo estabelecido de limite máximo, tão somente uma determinação que o mesmo é indeterminado e perdura enquanto não se verificar, mediante perícia, a cessação da periculosidade do indivíduo a ela submetido.

Com isto, nos lugares onde os manicômios judiciários funcionam sem maiores questionamentos, a substituição da pena por medida de segurança apresenta-se eventualmente sedutora para os punitivistas de plantão, que através deste expediente podem ser contemplados em seus anseios por vingança plena diante da possibilidade do aprisionamento manicomial por tempo indeterminado (e por vezes perpétuo) do criminoso (Caetano, 2018, p.34).

O limite superior simplesmente não está presente, e assim, a medida de segurança tem a capacidade de se estender indefinidamente, permitindo, desse modo, uma extensa permanência de indivíduos em HCTPs, “prisões-hospitais de onde é tão difícil sair” (Weigert, 2015, p.103).

Isso cria uma situação de privação de liberdade de longo prazo que é inequivocamente comparável a uma detenção perpétua no sistema de justiça criminal brasileiro, visto que a liberdade está ligada à cessação da periculosidade, um estado que requer avaliação pericial para ser oficialmente declarado, certificando que o indivíduo sujeito à medida de segurança não representa mais uma ameaça à convivência social.

Diante desse bárbaro arbítrio, apenas em 2011, o Supremo Tribunal Federal pacificou o entendimento de que a medida de segurança deve se limitar ao período máximo de trinta anos, que à época consistia no limite máximo de cumprimento das penas privativas de liberdade.

Posteriormente, em 2015, o Superior Tribunal de Justiça consolidou o entendimento pela vinculação do tempo de duração da medida de segurança ao limite máximo abstratamente da pena prevista para o crime, tema que originou a Súmula 527, que dispõe: “O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado” (STJ, 2015).

É perceptível a presença do ideário de periculosidade, que ainda se conserva na forma da liberação ou livramento condicional, como ditam o Código Penal e a Lei de Execução Penal. O conceito de periculosidade surge associado à pessoa louca como justificativa para a sua internação nos manicômios (Correia, 2018) porque na cena manicomial da realidade, a loucura é onerada por repressão e discriminação.

Tais preconceitos são materializados na errônea percepção incutida em instituições judiciárias, psiquiátricas e na sociedade de forma geral ao naturalizar a associação da ideia de risco e de ameaça com a figura do “louco”, estigmatizado como indivíduo perigoso. Aqueles em conflito com a lei, no entanto, recebem um duplo estigma, sendo compreendidos como perigosos pelo transtorno mental que possuem somado ao delito cometido.

Para Brisset (2010b), a presunção de periculosidade do “louco infrator”, que se orienta pela aplicação da medida de segurança por tempo indeterminado e consequente encarceramento do “louco” em manicômio judiciário até cessar sua periculosidade, reverte-se em uma das maiores expressões da violação institucional dos direitos humanos no Brasil.

2.2 DADOS SOBRE OS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NO BRASIL

É para o Manicômio Judiciário, com nomenclatura disfarçada de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico após a reforma penal de 1984, que indivíduos são encaminhados para cumprirem a medida de segurança imposta quando o juiz determina que o sujeito é inimputável, baseado em diagnóstico de sua condição mental considerada incapacitante durante a ocorrência do crime para compreender claramente sua ação. Assim, segundo o direito, não resta opção ao Estado que não a de internar o sujeito para tratá-lo até que consiga curar ou controlar a sua doença e, por consequência, a sua periculosidade (Weigert, 2015, p.104).

Michel Foucault reconhece o contexto histórico que emerge o manicômio, no século XVII, com o estabelecimento de instituições de internação pela Europa, durante uma época em que o poder absoluto recorria a decretos régios e prisões calcadas no arbítrio. Sem uma definição clara, esses estabelecimentos de internação eventualmente passaram a abrigar, sem uma justificação coerente, indivíduos carentes, desempregados, andarilhos, infratores e pessoas com distúrbios mentais. É na metade do século XVII que “a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural” (Foucault, 2014, p. 48).

O manicômio surge e se torna tangível como resultado de circunstâncias moldadas por um contexto histórico, político e social específico. Da mesma maneira, surge seu equivalente ainda mais especializado, o manicômio associado ao adjetivo "judiciário" por volta do século XIX. O aparecimento deste, por sua vez, foi profundamente condicionado por outro desenvolvimento histórico: a construção do conceito do “louco infrator” como alguém perigoso, agora consistindo em um duplo estigma.

A imagem do louco perigoso, o “anormal revelado por seus instintos ocultos de impulsos” (Caetano, 2018, p.93), bem como o medo que lhe é atribuído por uma desajustada e higienista triste aliança entre o direito e a psiquiatria, dá origem à criação de uma nova instituição total, ainda mais enfatizada em seu caráter de confinamento, o manicômio judiciário.

Necessário, nesse contexto, trazer a analogia de Erving Goffman. Para o autor, a instituição total é o “local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (Goffman, 1974, p.11).

Esta instituição total que leva inexoravelmente à mortificação do sujeito ao impor seu aprisionamento e lhe aplicar práticas “terapêuticas” lastreadas em atos de violência é justificada pela noção de natureza perigosa desses indivíduos, que sofrem confinados contenção física, química e outras medidas disciplinares pois com sua exclusão do corpo social, garante-se a “segurança” da sociedade.

Os indivíduos internados nos manicômios judiciários não são apenas loucos, mas sim loucos perigosos que demandam, acima de tudo, segurança, o que requer que não sejam destinados a qualquer hospital psiquiátrico, mas ao manicômio judiciário (Caetano, 2018).

Tais instituições “conseguem articular, de um lado, duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas – o asilo de alienados e a prisão – e, de outro, dois dos fantasmas mais trágicos que ‘perseguem’ a todos: o criminoso e o louco” (Carrara, 2010, p. 17).

Apesar de ter sido estabelecido no século XVII com uma retórica de cuidado, o manicômio revelou-se, ao longo do tempo, uma das instituições mais terríveis já construídas pela humanidade. Este lugar tem sido palco de violações sistemáticas dos direitos humanos e, barbaramente, continua a ser, onde atos inenarráveis foram cometidos.

Dentre os documentos recentes que retratam esta situação, cita-se como destaque o estudo “A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil”, censo encomendado pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) e coordenado pela pesquisadora Debora Diniz em 2011, que identificou à época 18 (dezoito) pessoas internadas em HCTPs por mais de três décadas e 606 (seiscentos e seis) indivíduos internados há mais tempo do que a pena máxima em abstrato para a infração cometida. Aos imputáveis, é estabelecido um limite de trinta anos² na lei penal para o cumprimento de pena imposta pelo Estado (Diniz, 2013). O apontamento desses dados nos revela, contudo, que aos imputáveis, o caráter perpétuo do enclausuramento é aceito e absurdamente visto como “tratamento”.

Outro documento importante é o relatório “Inspeções aos Manicômios”, de 2015, publicado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), em conjunto com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA). O referido documento aponta as dificuldades em estabelecer os parâmetros trazidos pela Lei nº 10.216/2001 e demais documentos orientadores à execução das medidas de segurança.

² À época, o Código Penal previa, em seu artigo 75, que o cumprimento máximo de pena não poderia ser superior a 30 anos. Com a redação dada pela Lei nº 13.964/2019 (Pacote Anticrime), o limite de 30 anos na constituição foi posteriormente aumentado para 40 anos.

Gostariam de ser tratados como seres humanos, mas são tratados como bichos, conforme relatos dos pacientes. Não têm qualquer contato no sentido de tornarem a participar das cidades, jamais recebem visitas; muitas vezes porque mataram algum familiar e a própria família não procura ou se nega a estabelecer contato. Há pacientes detidos há 19 anos, 27 anos. Toda uma vida desperdiçada. Vida nua. Vida de “matáveis” (Conselho Federal de Psicologia, 2015, p.155).

O Relatório “Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional”, produzido pelo Conselho Federal de Psicologia em parceria com o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), Ministério Público do Trabalho (MPT) e Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), revelou gravíssimas situações de violações aos direitos humanos em hospitais psiquiátricos. Dentre os dados revelados, mostrou-se no ano de 2018 que dentre os hospitais inspecionados: 82,5% mantinham pessoas moradoras; 52% foram inaugurados durante a ditadura militar no Brasil; 45% das unidades careciam de insumos básicos de higiene, havendo banheiros sem porta e banho frio; em 40% dos casos havia restrição de acesso aos ambientes de convivência e lazer, bem como isolamento de seus familiares; 87% dessas pessoas sofriam violações de livre acesso ao contato com familiares durante a internação (Conselho Federal de Psicologia et. al, 2019).

O Parecer Sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Sob a Perspectiva da Lei nº 10.216/2001, emitido pelo Ministério Público Federal, por intermédio da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (a ser melhor tratada em capítulo posterior) expõe flagrante desrespeito aos direitos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, verificando o índice de lotação destas instituições, ausência de profissionais de saúde, abandono material, carência de medicamentos, dentre outros (Brasil, 2011c).

As histórias cruéis que surgem desse cenário causam choque devido à insensibilidade, ao preconceito, à normalização de práticas explicitamente violentas e, acima de tudo, pela desumanidade contra mulheres e homens. Em muitos casos, esses eventos vêm acompanhados de tortura e morte.

Nacionalmente, cunhou-se o termo “holocausto brasileiro” para se referir a uma feição tão perversa, tornando-se o título de um livro da jornalista Daniela Arbex (2013), em que narra as violências perpetradas no Hospital Colônia de Barbacena, ativo entre os anos de 1903 e 1980 no estado de Minas Gerais, foi comparado a um verdadeiro campo de concentração nazista em razão da nefasta carga histórica que carrega, como se vê no trecho:

Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da Serra da

Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos. [...] Os pacientes do Colônia, morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezenas de pessoas morriam a cada dia. (Arbex, 2013, p. 14).

No Brasil, o manicômio judiciário antecede a criação das medidas de segurança no nosso ordenamento jurídico-penal, que, como já fora dito, surgiram com a edição do Código Penal de 1940. Já o Decreto nº 1.132, datado de 22 de dezembro de 1903, foi o documento legal que passou a estabelecer o confinamento em instituições para indivíduos considerados loucos que, devido à doença mental, representassem uma ameaça à ordem pública ou à segurança das pessoas. Além disso, esse Decreto também mencionava a construção de estabelecimentos psiquiátricos de caráter criminal com essa finalidade.

Art. 1º O indivíduo que, por molestia mental, congenita ou adquirida, comprometter a ordem publica ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados.

[...] Art. 11. Em quanto não possuirem os Estados manicomios criminaes, os alienados delinquentes e os condenados alienados sómente poderão permanecer em asilos publicos, nos pavilhões que especialmente se lhes reservem (Brasil, 1903).

Embora a internação no manicômio judiciário pudesse ser prolongada, ela não estava sujeita à condição de cessação da periculosidade, que somente se tornou uma exigência posteriormente, com o advento do Código Penal de 1940 e sua entrada em vigor no dia 1º de janeiro de 1942. Sérgio Carrara, aponta em seu livro “Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século”, as circunstâncias que levaram à inauguração do primeiro estabelecimento oficial conhecido como Manicômio Judiciário no Brasil, a seguir:

O ano de 1903 marca, portanto, o momento em que a construção de manicômios judiciários se torna proposta oficial. Foi provavelmente no bojo das reformas introduzidas no Hôspício Nacional de Alienados, a partir da legislação de 1903, que surgiu, nessa instituição, uma seção especial para abrigar os loucos-criminosos: a chamada Seção Lombroso do Hôspício Nacional, embrião do atual MJ. No entanto, a construção de um estabelecimento especial teria ainda que aguardar dezenas de anos para ser concretizada no Distrito Federal. Somente em 1920 seria lançada a pedra fundamental da nova instituição, oficialmente criada e inaugurada em 1921 (Dec. nº 14.831, de 25/5/1921). Inaugurava-se então o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, primeira instituição do gênero no Brasil e na América Latina, sendo sua direção entregue ao médico psiquiatra Heitor Pereira Carrilho, que já há alguns anos chefiava a Seção Lombroso do Hôspício Nacional. (Carrara, 1998, p. 49).

Apesar de surgirem e se desenvolverem em um período histórico diferente, os manicômios judiciários ainda carregam nos dias atuais a lógica de tortura e opressão sobre as pessoas que lá estão encarceradas na ótica periculosista. Os Hospitais Psiquiátricos, por sua

vez, ainda que não estejam atrelados ao sistema de execução penal, mas à saúde com intuito de tratamento e reabilitação de pessoas com transtornos mentais, independentemente do cometimento de delitos, também são por vezes mencionados como "manicômios" (não judiciários). Carregam também uma conotação negativa dada às suas características de instituições psiquiátricas com histórico de abuso e tratamento desumano.

Foram nesses termos que a primeira condenação formal contra o Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos se tratou de um caso em que a violência a um interno de um hospital psiquiátrico levou-o à morte, o caso de Damião Ximenes Lopes (Weigert, 2015, p.110). Diagnosticado como uma pessoa com transtorno mental, Damião foi internado em 1.999 pela família na Casa de Repouso Guararapes, onde foi cruelmente assassinado dois anos depois no local que, em teoria, tinha a função de controlar sua condição.

Em 2006, o Brasil foi condenado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos por violação ao direito à vida e integridade pessoal de Damião. A Corte ordenou que o Brasil efetuasse reparações tanto morais como materiais à família da vítima, incluindo o pagamento de uma compensação financeira e outras medidas não monetárias. Entre essas últimas medidas, o Brasil foi instruído a conduzir uma investigação e identificação dos responsáveis pela morte de Damião em um tempo razoável, além de implementar programas de educação e treinamento para profissionais de saúde, especialmente psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, assim como para todos os envolvidos no âmbito da saúde mental (Rosato; Correia, 2011).

Apesar disso, a situação dos hospitais psiquiátricos no Brasil ainda é bastante grave. É o que demonstra o Relatório “Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional”, produzido pelo Conselho Federal de Psicologia em parceria ao Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), Ministério Público do Trabalho (MPT) e Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), revelando gravíssimas situações de ofensas aos direitos humanos em hospitais psiquiátricos. Dentre os dados revelados, mostrou-se no ano de 2018 que dentre os hospitais inspecionados: 82,5% mantinham pessoas moradoras; 52% foram inauguradas durante a ditadura militar no Brasil; 45% das unidades careciam de insumos básicos de higiene, havendo banheiros sem porta e banho frio; em 40% dos casos havia restrição de acesso aos ambientes de convivência e lazer, bem como isolamento de seus familiares; 87% dessas pessoas sofriam violações de livre acesso ao contato com familiares durante a internação (Brasil, 2019).

Os manicômios, sejam os judiciários ou não, são sinônimos de negligência quanto às necessidades de saúde mental das pessoas ali internadas e perpetuaram por muito tempo

práticas cruéis, abarcando violência física e psíquica, o que, consequentemente, mais promoveu adoecimento do que tratamento. Os manicômios judiciários, renomeados, com a reforma penal de 1984, para Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, assentam-se sob o véu ilusório de uma tentativa de tratamento, quando, em verdade, configura-se como um “hospital-prisão” com forma penitenciária reforçada na Lei de Execução Penal (LEP), que não só dedica limitado espaço à apresentação da estruturação dessas instituições, mas também, em relação ao ambiente e à infraestrutura física, faz referência direta ao modelo prisional.

Com previsão no art. 99, do Código Penal, exige-se que o estabelecimento de cumprimento da medida de segurança seja dotado de características hospitalares, onde o internado será submetido a tratamento. Não obstante a isso, o parágrafo único de outro artigo 99, desta feita o da LEP, traça regras que vinculam o projeto arquitetônico do HCTP àquelas relativas à penitenciária ao aduzir que o hospital de custódia se destina aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no artigo 26 e seu parágrafo único do Código Penal, aplicando-se ao hospital, no que couber, o disposto no parágrafo único, do artigo 88, desta Lei.

Art. 88. O condenado será alojado em cela individual que conterá dormitório, aparelho sanitário e lavatório.

Parágrafo único. São requisitos básicos da unidade celular:

- a) salubridade do ambiente pela concorrência dos fatores de aeração, insolação e condicionamento térmico adequado à existência humana;
- b) área mínima de 6,00m² (seis metros quadrados) (Brasil, 1984).

A explícita referência ao artigo 88 da Lei de Execução Penal (LEP) induz à interpretação da adoção das diretrizes básicas do projeto arquitetônico da penitenciária ao construir o HCTP, revelando-se em um “estabelecimento penal destinado aos condenados do regime prisional fechado, o mais rigoroso que existe” (Caetano, 2018, p.47). Portanto, o HCTP se transforma em algo como um hospital com celas. Neste hospital, a principal e primeira preocupação não é o tratamento dos pacientes, mas sim a sua contenção, e em condições tão graves (ou piores) quanto aquelas aplicadas aos detentos comuns sujeitos às sanções mais severas do sistema penal brasileiro.

2.3. SISTEMATIZAÇÃO DO DEBATE PÚBLICO SOBRE MEDIDA DE SEGURANÇA E HCTPS A PARTIR DOS NOVOS ENTENDIMENTOS EM SAÚDE MENTAL NO PAÍS

No atravessamento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, as novas organizações surgidas da habilidade inventiva de atrizes e atores sociais transformaram suas condições

cotidianas de vida em um cenário de questionamentos e ações coletivas organizadas que possibilitaram a conquista de espaços políticos para a “manifestação, articulação, reivindicação e exigências de direitos frente ao Estado, solidificando, na sociedade civil, a noção de participação” (Yasui, 2006, p.23-24).

Nos últimos anos da década de 1970, sob a efervescência de outros movimentos organizados, a Reforma Psiquiátrica suscitou transformações não apenas de caráter assistencial quanto à prática dos trabalhadores de saúde mental, mas também compreendeu a luta por mudanças na sociedade. Para Birman (1992), o debate transcende soluções exclusivamente técnicas ou administrativas, ao passo que também se discute o exercício e a condição da cidadania das pessoas em sofrimento mental.

É nessa perspectiva que ao politicar temas da seara da saúde mental, especialmente quanto à luta contra as instituições psiquiátricas e às estratégias de cuidado contra-hegemônicas, reforça-se o debate público e a participação social por meio de eventos significativos e marcantes que contribuíram na discussão do acesso ao direito à saúde mental antimanicomial das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, objeto do presente estudo.

O que nos interessa neste capítulo, contudo, é a discussão intensificada nos últimos anos sobre as pessoas em cumprimento medida de segurança. Para isto, serão consideradas especialmente os debates públicos que versem sobre o citado instituto penal e, por conseguinte, sobre os HCTPs, especialmente no contexto que se segue após a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001).

I Conferência Nacional de Saúde Mental

Um pontapé inicial no debate público sobre a violação dos direitos humanos aplicada institucionalmente às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei ocorreu ainda na I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no período compreendido entre 25 a 28 de junho do ano de 1987, na capital homônima do Rio de Janeiro, tendo sido organizada pela Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES), que à época compunha o Ministério da Saúde.

A primeira de uma série de conferências nacionais com a pauta da saúde mental reuniu 176 delegados eleitos em pré-conferências estaduais, bem como também participaram outros segmentos representativos da sociedade para além de usuários dos serviços de saúde mental, associações destes e de familiares. Nesse sentido, permitiu que se reunissem diferentes categorias profissionais de saúde mental, bem como partidos políticos, entidades religiosas,

instituições privadas, instituições de ensino e demais segmentos da sociedade, que viabilizaram o intercâmbio de informações para a melhoria da qualidade assistencial, num processo participativo e democrático (Brasil, 1988b).

Ao final da Conferência foi redigido um Relatório Final, também presente em todas as demais já realizadas, com proposições construídas democraticamente e aprovadas na plenária, servindo de diretrizes para a Política de Saúde. Para Correia (2018), estes relatórios conseguem expressar de forma ampla os anseios da sociedade civil organizada acerca das políticas públicas de saúde mental.

No desenvolvimento do debate, discutiu-se três temáticas. O primeiro tema tratou de Economia, Sociedade e Estado e de seus impactos sobre saúde e doença mental. O segundo tema versou sobre a Reforma Sanitária e a reorganização da assistência à saúde mental. Por fim, o terceiro tema discutiu sobre Cidadania e doença mental, especialmente no que diz respeito aos direitos, deveres e legislação existente.

Quanto ao terceiro tema, a reformulação da legislação ordinária, propunha-se nesta Conferência, especialmente na seção “b” do Relatório Final “[...] que se aprofunde a discussão sobre os manicômios judiciários, visando sua extinção ou profunda transformação” (Brasil, 1988b, p. 23). Ademais, também se previu a necessidade de uma especial atenção na definição da periculosidade “por implicar em juízo de valor e dar margem ao uso indevido da saúde mental e dos seus profissionais para o cerceamento da liberdade individual e da opção de forma de vida das pessoas” (Brasil, 1988b, p. 23), o que implica na revisão da legislação acerca da inimputabilidade na lei penal.

O debate público travado em nível nacional sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, vulgarmente - e não à toa - chamados de manicômios judiciários, serviu como caminho propedêutico a outras problematizações que se seguiram, mas já denota a inquietação sobre a temática, considerando a efervescência do momento político que se encontrava.

Não se pode olvidar que em 1987, a Assembleia Constituinte se reunia com o propósito de redigir a nova ordem político-institucional do Estado, sendo promulgada no ano seguinte a Constituição da República Federativa do Brasil, a Carta Magna de 1988, atual diretriz, base e coração do Ordenamento Jurídico brasileiro. Os ânimos por mudanças sob a ótica da dignidade, da cidadania e da justiça eram visíveis e influenciaram no processo que se seguiu como a Reforma Psiquiátrica e na luta contra toda forma de opressão que ocorreu no antigo regime político.

Isso se verifica nos moldes do Relatório Final produzido na Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, quando o documento indica no Tema III que a condição de cidadania plena à pessoa em sofrimento mental devia ser *constitucionalmente assegurada*. Para resguardar tal garantia, requer-se ainda uma legislação ordinária que abordasse particularmente sobre o transtorno mental e estabelecesse a imperiosidade de revisar toda a legislação em vigor.

À vista disso, como desdobramento desta primeira Conferência Nacional em Saúde Mental, dois anos mais tarde foi elaborado o Projeto de Lei n. 3.657/1989 proposto por Paulo Delgado, à época Deputado Federal, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória.

Após 12 (doze) anos em tramitação no Congresso Nacional e mudanças em seu teor com o advento de uma emenda substitutiva, é promulgada a Lei 10.216 em 06 de abril de 2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica. Percebe-se, contudo, que por se tratar de uma discussão propedêutica, a normativa direcionada do debate ainda não dispunha especificamente sobre aqueles com transtorno mental em conflito com a lei, mas de forma mais genérica, foi um verdadeiro marco legislativo quanto à assistência e aos direitos para as pessoas em sofrimento mental.

II Conferência Nacional de Saúde Mental

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no período compreendido entre o dia 1 e 4 de dezembro de 1992, em Brasília, foi construída por meio da mobilização de milhares de pessoas e setores das áreas social, política e cultural nas conferências municipais, regionais e estaduais que a precederam.

Assim como a I Conferência, contou-se com a participação de associações de usuários e familiares, conselhos da área de saúde, trabalhadores e entidades da sociedade civil. A presença organizada especialmente de usuários e familiares expressa a qualidade do processo em curso e configura um novo protagonismo, potencializado nos anos que se seguiram (Mângia; Nicasso, 2002). Nestas circunstâncias, a II CNSM/1992 culminou em um processo de discussão participativo, no qual as deliberações foram realizadas mediante os esforços de 500 delegados eleitos nos eventos estaduais e com composição paritária dos dois segmentos: usuários e sociedade civil, governo e prestadores de serviços (Brasil, 1994).

As proposições da Conferência se centraram em três temáticas: a rede de atenção em Saúde Mental, a transformação e cumprimento de leis, bem como ao direito à atenção e o

direito à cidadania. O Relatório Final também se desdobra em três partes: marcos conceituais, deliberações referentes ao modelo de atenção e, por fim, os direitos e a legislação. Esta última parte será a referência para a análise do debate sobre pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, especialmente às proposições dispostas sobre questões gerais da revisão legal, bem como os direitos civis e cidadania, respectivamente dispostas nos capítulos 08 e 09 do Relatório.

A II CNSM/1992 denuncia a situação jurídica vigente. Já no início do Capítulo 08, o Relatório indica que “a Legislação brasileira aplicável à saúde mental é conflitante com as novas práticas da atenção e da cidadania dos usuários” (Brasil, 1994, p.22). Uma das recomendações apontadas para revisão legal considerada necessária foi a revogação do Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, que com um texto arcaico exprimia autoritarismo e intolerância, baseando-se, ainda na concepção do isolamento e da internação como “tratamento”.

Já o Capítulo 09 do Relatório Final, que versa sobre Direitos Civis e Cidadania, trazia a maior parte dos direcionamentos sobre esta temática específica. Quanto à revisão da legislação em vigor, previa-se extinção de todos os dispositivos legais que atribuem periculosidade ao “doente mental” ao passo que também determinava a criação de Comissões de Estudo para a revisão da legislação referente à inimputabilidade e imputabilidade jurídico-criminal do “doente mental”.

Quanto às instituições de modelo asilar, propunha-se, junto ao Ministério da Justiça, a extinção dos HCTPs de maneira lenta e gradual, substituindo-os por modelos alternativos que possibilitem o cumprimento das medidas de segurança impostas e o recebimento de um tratamento humano e reabilitador. Para isso, também se previu como diretriz a ser alcançada a garantia da reinserção social das pessoas liberadas de instituições psiquiátricas forenses (Brasil, 1994).

Ademais, atribuiu-se à equipe interdisciplinar os encaminhamentos de pacientes aos HCTPs e se propôs que junto ao Poder Judiciário houvesse a expansão da prática de cumprimento de penas na forma de prestação de trabalhos à comunidade, nos casos previstos em lei. Outro direcionamento feito no Relatório foi a promoção da articulação da Comissão que fiscalizará as ações de saúde mental nos HCTPs com as Comissões de Saúde Mental ou de Reforma Psiquiátrica, que devem ser constituídas em todos os estados (Brasil, 1994).

Com sua publicação, o Relatório Final se tornou uma diretriz oficial para a reestruturação da saúde mental no país (Reboli; Kruger, 2013). Disto, infere-se que, na época, o debate em torno das medidas de segurança e dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, estava em uma fase na qual se buscava não apenas superar a concepção higienista

de tolhimento da liberdade como tentativa de cuidado, mas também já delineava os caminhos a serem percorridos para o tratamento adequado às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

Com a segunda Conferência Nacional em Saúde Mental, atrizes e atores plurais manifestaram agitação, desassossegando ainda mais o campo de atuação, o que intensificou a mobilização política e social em torno das violações dos direitos humanos de pessoas com transtorno mental na década de 1990.

Em 1999, entre os dias 22 a 26 de setembro, ocorreu o IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, sob a temática central “Novas Formas de Produção de Sentido”. Não obstante ter sido organizado pelo Núcleo Estadual de Saúde Mental de Alagoas e pela Secretaria Executiva do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, sediada em Maceió/AL, tratava-se de mais um evento de âmbito nacional. O lugar de realização escolhido, contudo, foi a cidade de Paripueira, em Alagoas.

Participaram do Encontro Nacional cerca de 1000 delegados, distribuídos entre os segmentos de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental. Estes, por sua vez, oriundos de 16 estados do Brasil, das cinco regiões: Pará (Norte); Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia (Nordeste); Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro (Sudeste); Tocantins, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso Centro-Oeste); e Rio Grande do Sul (Sul).

Na abertura do evento foi lançada a campanha do Conselho Federal de Psicologia/CFP sob o lema “Manicômio Judiciário... o pior do pior...”, que problematizou os tratamentos político, jurídico e clínico-social dados ao “louco infrator” (Barros-Brisset, 2010b). Vejamos o que trazia seu slogan:

Vamos mudar essa situação. “Medida de Segurança não Pode ser Prisão Perpétua”. Pela imediata revisão dos processos de todos os internos dos Manicômios Judiciários. Contra a Existência de Manicômios Judiciários o Pior do Pior (Conselho Federal de Psicologia, 1999).

A abertura do IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial foi dividida em três momentos, sendo estes: a exposição de violações de direitos na conjuntura política em âmbito nacional, a situação normativa jurídica e institucional, bem como os primeiros resultados obtidos de uma pesquisa, que serviria para a prática substitutiva ao modelo penal que vigorava.

O primeiro diz respeito à exposição do cenário que o país se encontrava em relação às violações de direitos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no Estado brasileiro, do qual “saíram questões que deveriam começar a figurar como problema político não mais invisibilizado como antes” (Silva, 2015, p.138). Em um segundo momento, emergiram questionamentos em relação à realidade jurídica, normativa e institucional das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, o que levou ao terceiro momento: a exposição de resultados de uma pesquisa realizada pela psicanalista Fernanda Ottoni Barros-Brisset no Tribunal de Justiça de Minas Gerais.

Tratou-se de um levantamento realizado acerca da situação jurídica, clínica e social de 15 casos que haviam recebido a medida de segurança na comarca de Belo Horizonte, que se desdobrou na estruturação do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário/PAI-PJ, de Minas Gerais, sob sua coordenação. (Barros-Brisset, 2010b e 2010c).

Com o lançamento da Campanha e as discussões que se seguiram sobre os dados relatados na mesa de abertura, mobilizaram-se mais personagens do movimento da luta antimanicomial que se engajaram na luta pelos direitos da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

Seminário Nacional sobre o Direito à Saúde Mental

Ocorrido entre os dias 22 e 23 de novembro do ano de 2001, sendo sediado em Brasília/DF, o Seminário Nacional sobre o Direito à Saúde Mental teve como maior característica a discussão sobre a regulamentação e aplicação da Lei nº 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica. Serviu, assim, como uma “Pré-Conferência” ao que viria a ser a III Conferência Nacional em Saúde Mental, como alude o Relatório Final do Seminário.

Para isso, o Ministério da Saúde tomou a iniciativa de, juntamente à Câmara dos Deputados, promover articulações com entidades atuantes de direitos humanos e da saúde, além do Ministério da Justiça e do Ministério Público, representando o início de um diálogo sistemático entre os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

Esta lei é considerada um marco no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, uma vez que dispôs sobre o redirecionamento do modelo de assistência em saúde mental no país (Brasil, 2001a), o qual trouxe a transição de um modelo de base hospitalocêntrica para um modelo de base territorial e comunitária.

A interpretação da Lei 10.216/2001, embora não mencione diretamente sobre a noção de inimputabilidade, leva a uma abordagem mais focada na aplicação de medidas de

segurança que incluem tratamento e acompanhamento, em vez de simplesmente privação de liberdade em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, dada a ênfase no respeito aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, incluindo o direito à dignidade, à liberdade, à igualdade e à não discriminação.

Com o advento da Lei da Reforma Psiquiátrica, “começaram a surgir denúncias de sua incompatibilidade e do que ela estipula como assistência em saúde mental com a legislação penal, mormente com aquilo que no direito penal é concebido como tratamento, a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico” (Coscrato, 2018, p.144). O Seminário foi estruturado por mesas redondas, grupos de trabalho e uma plenária final. Os grupos foram definidos de acordo com os temas abordados nas mesas redondas e em consonância com a necessidade de se aprofundarem discussões relevantes ao direito à saúde mental (Brasil, 2001c, p. 4).

O encontro repercutiu na elaboração de consensos técnicos mínimos em torno de questões do direito à saúde mental, especialmente no que tange à internação psiquiátrica involuntária, compulsória e interdição. Quanto ao tema da internação compulsória, discutido pelo Grupo de Trabalho IV, o Relatório Final indica que a discussão proposta se pautou nas seguintes proposições e questionamentos:

- Como conciliar a reforma do Código Penal, a Lei de Execuções Penais (ambos os documentos legais em processo de revisão no parlamento) com a questão da medida de segurança e a Reforma Psiquiátrica?
- Propostas para implementação dos serviços de assistência psiquiátrica nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.
- Como efetivar a desospitalização de modo a possibilitar a reinserção social do usuário de saúde mental?

No fulcro destas inquietações, foram estabelecidos princípios em relação às medidas de segurança e direcionadas propostas para assistência em saúde mental. Quanto aos princípios, reafirmou-se, entre outras coisas, que: os hospitais psiquiátricos não serviriam como lugar de tratamento, sendo estes judiciários ou não; deve-se pôr termo à criação de novos leitos psiquiátricos em HCTPs e superar o princípio da periculosidade presumida para a pessoa com transtorno mental; é necessária uma revisão da Lei de Execuções Penais e do Código Penal.

Aqui, prevalece a postura de avaliação desfavorável em relação ao padrão de “cuidado” fornecido pelos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, partindo-se da suposição de que tais instituições não constituem um ambiente terapêutico, mas sim de exclusão. Assim, requer-se serviços substitutos, mediante tratamento que tem como fonte o

Sistema Único de Saúde (SUS). Este Sistema, criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, comprehende o acesso público, integral e universal à saúde, dever do Estado a ser garantido a toda a população brasileira (Brasil, 1988a). Em razão de tais princípios, acompanha a política de saúde mental em âmbito nacional.

Dentre as propostas para a assistência previstas no Relatório Final, destaca-se a que trata que nos casos em que ainda se mantenham *provisoriamente* os HCTPs e afins, faz-se necessário que ao menos sejam criados projetos terapêuticos para os internados, que possibilitem sua reinserção social posterior (Brasil, 2001c).

A discussão sobre a internação compulsória no Seminário, assunto intrinsecamente complexo, especialmente na interação com o Poder Judiciário, considerou aspectos legais, éticos e de direitos humanos na prática do cuidado das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, que por muito tempo foram vistas de maneira significativamente negligenciada ou relegada nas discussões jurídicas e até mesmo na esfera da saúde mental.

III Conferência Nacional de Saúde Mental

A III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM), realizada no período compreendido entre 11 e 15 de dezembro do ano de 2001, em Brasília, foi convocada logo em seguida à promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei 10.216, de 06 de abril de 2001 e da realização do já mencionado Seminário Nacional sobre o Direito à Saúde Mental.

É no contexto de avanço na garantia de direitos que ocorre a III CNSM/2001, contando com a participação de aproximadamente 23.000 pessoas nas etapas municipal e estadual, ao passo que participaram 1.480 delegados na etapa nacional, inscritos nas categorias de representantes de usuários, familiares, movimentos sociais e profissionais de saúde (Brasil, 2005a).

Após nove anos desde a última Conferência Nacional de Saúde Mental, o encontro que se deu 2001 reiterou a importância crucial das Conferências como um ambiente democrático destinado à discussão, avaliação e criação de políticas públicas, com a inclusão de todos os intervenientes e supervisão da sociedade. A participação de pessoas com transtorno mental reforça seu protagonismo e sua autonomia na construção de políticas de saúde mental, o que concretiza uma das formas de exercício da cidadania (Correia, 2018).

As deliberações ocorridas na III CNSM/2001 podem ser visualizadas por meio dos documentos diretamente produzidos por tais debates, sendo eles o Relatório Final, comum às outras Conferências, mas também - e apenas nesta - o Caderno Informativo produzido no

mesmo ano do evento e publicado no ano seguinte. Estes documentos, além de servirem ao direcionamento das políticas em saúde mental, são proveitosos como documentos de socialização das informações discutidas nas plenárias e como registros fundamentais dos processos de mudança no que tange a saúde pública brasileira (Reboli; Krüger, 2013).

No que compreende o instituto das medidas de segurança e os HCTPs, o Caderno Informativo, em seu Eixo Temático sobre Reorientação do Modelo Assistencial, especificadamente no subtema que versava sobre Direitos, traz a incompatibilidade entre aqueles institutos na legislação penal em detrimento dos direitos humanos, vejamos:

No caso da lei penal, as condições de funcionamento dos manicômios judiciários (chamados hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico), para onde são encaminhados os pacientes que cometem delitos, constituem atentados aos direitos humanos, e precisam ser profundamente reestruturadas (Brasil, 2002d, p.32).

No mesmo documento é evidenciada a inalterabilidade do Código Penal em relação às normas sobre imputabilidade e periculosidade específicas às pessoas em transtorno mental em conflito com a lei, mas se reitera que a discussão sobre tal mudança deve prosseguir. Por outro lado, a Lei de Execuções Penais, é vista como um instrumento estratégico para superar, sob o horizonte da Reforma Psiquiátrica, o estabelecimento manicomial. O Relatório Final, por sua vez, traz proposições contundentes sobre a temática em seu capítulo V, ao versar sobre Direitos e Cidadania, especialmente nos subtópicos 4, 5 e 6.

O subtópico 4, ao tratar sobre a mudança na legislação penal, estabelece como diretrizes lutar pela eliminação da exigência de exame psiquiátrico para presos no Código Penal, bem como propõe a alteração desta Lei no sentido de excluir o conceito de “presunção de periculosidade” às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, extinguindo-se a reclusão em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (Brasil, 2002e, p.126).

Cuida-se em fazer uma ressalva quanto à demanda nesse subtópico, uma vez que à época da III CNSM, a presunção legal de periculosidade já havia sido revogada, reflexo da Reforma Penal de 1984. Quando se propõe mudança na legislação penal, a Conferência leva em consideração a inegável influência da periculosidade no instituto da medida de segurança, de forma explícita ou disfarçada. A modificação que se toma como proposta pode ser compreendida como a reavaliação da periculosidade, que muito impacta na prática jurídica no momento de aplicação, bem como de cumprimento da sanção jurídica pelos magistrados. Esse debate dialoga com a proposta 552 do Relatório Final da Conferência, que dita:

552. Garantir que os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, Comissões Nacional, Estaduais e Municipais de Reforma Psiquiátrica, articulados ao

Movimento da Luta Antimanicomial, OAB, Comissões de Direitos Humanos, Conselho Federal de Psicologia e Serviço Social, parlamentares e outras entidades, promovam campanhas junto ao Congresso Nacional propondo a revisão das categorias de inimputabilidade e periculosidade e a substituição das medidas de segurança pela aplicação de penas adequadas ao delito cometido, bem como a garantia de tratamento na rede pública substitutiva para os usuários infratores e a extinção dos manicômios judiciários (Brasil, 2002e, p.149).

O subtópico 5, por sua vez, ao versar sobre o direito dos usuários privados de liberdade, aduz o maior número de propostas sobre medidas de segurança e HCTPs. A princípio, discute a necessidade de diálogo interdisciplinar na busca pelo acesso ao direito e à justiça das pessoas em privação de liberdade que possuem transtorno mental, como se vê:

A Reforma Psiquiátrica deve ser norteadora das práticas das instituições forenses. A questão do Manicômio Judiciário deve ser discutida com as diferentes áreas envolvidas (legislativa, previdenciária, saúde mental, direitos humanos e outras), com o objetivo de buscar formas de garantir o direito do portador de transtorno mental infrator à responsabilidade, à reinserção social e a uma assistência dentro dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2002e, p.127).

Dentre os princípios e as diretrizes estabelecidos no Relatório Final, vê-se respectivamente na proposta 453 do Relatório Final (Brasil, 2002e) a reprovação da reclusão em Manicômios Judiciários.

Também são estabelecidas diretrizes para a criação de um programa integrado para acompanhamento a pacientes *sub judice* nas Varas Criminais, bem como a propositura de uma articulação do Ministério da Saúde com os Ministérios Públicos estaduais com vistas à sensibilização destes sobre a condição da pessoa com transtorno mental, agilizando a revisão dos processos de curatela.

Ademais, também é estabelecido como um dos princípios da Conferência a garantia ao direito à assistência à saúde mental e à reinserção social a pessoa com transtorno mental internada nos “manicômios judiciários”. Para isso, o Relatório Final apontava como salvaguardas a serem buscadas: o acesso à perícia e à reinserção social daqueles que estão cumprindo medida de segurança; a revisão dos processos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, seguindo as orientações da Reforma Psiquiátrica além do tratamento humanizado, prevendo licenças de saídas periódicas para a pessoa com transtorno mental internada em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.

No subtópico 6, quanto à legislação psiquiátrica e direitos dos usuários nos serviços, estabelece-se que todo o apoio deve ser dado à regulamentação, aplicação e divulgação imediata da Lei n.º 10.216/2001, devendo ser retomada a luta política pela extinção imediata dos

manicômios e a regulamentação das internações voluntárias e involuntárias (Brasil, 2002e, p.129).

Seminário Nacional Para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

Realizado nos dias 11 e 12 de julho de 2002, em Brasília/DF, o Seminário Nacional Para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, buscava “a produção democrática de consensos técnicos acerca da medida de segurança, da assistência em saúde mental ao louco infrator e da integração dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico às diretrizes gerais da Reforma Psiquiátrica” (Brasil, 2002b, p.6).

Destaca-se o esforço interinstitucional dos Ministérios da Justiça e da Saúde para sua organização, estabelecendo a abertura de um diálogo fundamental sob a compreensão de que apenas com a co-responsabilização e a comunicação entre os diferentes órgãos envolvidos na questão da inimputabilidade e das medidas de segurança seria possível estabelecer um consenso para a reformulação dos Hospitais de Custódia.

Diferentemente dos debates públicos anteriores, nos quais a discussão sobre o instituto da medida de segurança e os HCTPs eram tópicos de pautas gerais da saúde mental, neste Seminário as temáticas mencionadas eram o núcleo principal de todo o evento. Isso se revela na oportunidade inédita do Seminário que reuniu diretores de Hospitais de Custódia, Coordenadores Estaduais e Municipais de Saúde Mental, Peritos, Técnicos da Justiça e da Saúde, teóricos e estudantes, responsáveis pela formulação e aprovação em plenária das diretrizes para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (Brasil, 2002b).

Conforme o Relatório Final produzido após o evento, as diretrizes aprovadas iniciaram um novo momento da reforma psiquiátrica brasileira, estabelecendo que cabe à rede de atenção à saúde mental e ao Sistema Único de Saúde a responsabilização pelo tratamento da pessoa submetida à medida de segurança.

Isso tem correlação direta com a publicação da Portaria n.º 628, em abril de 2002, formulada pelos Ministérios da Saúde e da Justiça que aprovou o Plano Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário, reconhecendo a população privada de liberdade em presídios e manicômios judiciais como responsabilidade não restrita à área da Justiça, mas também da Saúde. No ano seguinte, a mesma seria revogada pela Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 09 de setembro de 2003, que será tratada em capítulo posterior. O Seminário foi estruturado

de maneira a discutir a situação institucional do louco infrator no Brasil, as experiências significativas de sua reintegração social, bem como os paradigmas jurídicos e assistenciais no atendimento a tal grupo.

Destaca-se, ainda, a aprovação das propostas de: sensibilização do judiciário a respeito da inconstitucionalidade da medida de segurança; capacitação de profissionais dos Sistemas de Justiça e de Saúde; implantação de Programas Permanentes de Reintegração Social por equipe técnica multiprofissional como reorientação aos HCTPs; suspensão da construção de novos manicômios judiciários; substituição da medida de segurança por medida de tratamento; fim dos exames de cessação de periculosidade desinternação condicional; universalização do cumprimento da medida de segurança em regime aberto na rede de serviços de saúde mental do SUS (Brasil, 2002b).

Segundo o Relatório Final do Seminário:

Nestas discussões, as noções de que a aplicação da medida de segurança fere os princípios constitucionais da reserva legal e da proporcionalidade da pena, apontaram para a necessidade de formulação de novos paradigmas jurídicos, além de novos paradigmas assistenciais no cuidado ao louco infrator (Brasil, 2002b, p.27).

Um dos desdobramentos do Seminário ocorreu dois anos após a sua realização, no qual suas propostas aprovadas em plenário foram vistas como referência ao Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), órgão subordinado ao Ministério da Justiça, que ao tomá-las como base, publicou a Resolução nº 05, com diretrizes para o cumprimento das medidas de segurança, o que será melhor visto em capítulo posterior.

I Simpósio Internacional sobre Manicômios Judiciários e Saúde Mental

O I Simpósio Internacional sobre Manicômios Judiciários e Saúde Mental foi realizado entre os dias 16 e 18 de setembro do ano de 2009, sob a organização da Coordenadoria de Saúde da Secretaria da Administração Penitenciária de São Paulo, em parceria com o Laboratório de Saúde Mental Coletiva da Faculdade de Saúde Pública da USP, do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo e da CAPES.

Estiveram presentes no evento Secretário de Estado de São Paulo, Juízes, membros do Ministério Público e da Defensoria Pública, Gestores, Psicólogos, Médicos, Professores e Pesquisadores brasileiros e estrangeiros, profissionais e estudantes das diversas áreas, com vistas a incentivar reflexões interdisciplinares e direcionar propostas para a adequação do

modelo vigente sobre os HCTPs em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica (Reis, 2010a; Reis et al., 2010b).

Os debates realizados sobre os manicômios judiciários no cenário brasileiro foram publicados na forma de uma coleção de textos no volume 20 da Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento, que contribuiu para a disseminação do que havia sido debatido. Ademais, as discussões no Simpósio podem ser vistas e revisitadas no domínio eletrônico da IPTV USP de forma integral.

Foi discutido, entre outros temas, o histórico dos manicômios judiciários, bem como a questão da suposta periculosidade dos pacientes em cumprimento de medida de segurança, além de novas práticas exitosas, como a desospitalização como os modelos do PAI-PJ e o PAILI, a serem melhor abordados em capítulo posterior. Debateu-se sobre a necessidade e urgência de novos direcionamentos para os HCTPs e execução de medidas de seguranças impostas às pessoas em sofrimento mental, corroborando com as discussões de eventos passados que vinham se seguindo neste âmbito (Santana, 2015).

Ao final, foi produzido um documento escrito em forma de Carta Aberta, a Carta de São Paulo, que sintetizou princípios e diretrizes aprovados no evento. Dentre eles, ratifica-se que os indivíduos já sentenciados à medida de segurança e que estejam em liberdade ou presos, não devem ser encaminhados para internação em Hospital de Custódia, mas inseridos em tratamento adequado disponível na rede de saúde mental, rede SUS (São Paulo, 2013, p.43).

Por outro lado, o documento deixava claro que enquanto existirem tais instituições (e aqui já se nota a concepção de projeto de superação paulatina dos HCTPs e sua futura extinção), estes devem ser credenciados junto ao SUS para a desinstitucionalização das pessoas que estão em Hospitais de Custódia.

Ressalta-se como essa diretriz foi um dos importantes precedentes na instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) dois anos depois do evento. Pensada para funcionar a partir de uma rede ampla e multidisciplinar, a RAPS passou a integrar o SUS e trouxe serviços substitutivos de cuidado à pessoa com transtorno mental longe dos muros manicomiais.

Ainda conforme a Carta, é fundamental o reconhecimento da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei como sujeito de direitos. Para assegurar o acesso ao direito e à justiça de tal grupo, seria essencial a criação de equipe com caráter interdisciplinar que interligue os sistemas de justiça, segurança pública e saúde, atuando desde o inquérito policial até a articulação com os juízos de conhecimento e de execução (São Paulo, 2013).

Ademais, considera-se no citado documento que “a internação compulsória só pode ser determinada por juiz de conhecimento ou de execução penal, nos termos da Lei nº

10.216/2001, que não autoriza internação quer involuntária, quer compulsória, por determinação do juiz cível” (São Paulo, 2013, p.43). Por fim, foi requerida a criação de um Fórum Permanente sobre as medidas de segurança e saúde mental no sistema penitenciário. Vê-se, com o referido Simpósio, um delineamento maior da política de saúde antimanicomial que se queria conferir ao país.

IV Conferência Nacional de Saúde Mental

Ocorrida entre os dias 27 de junho e 01 de julho de 2010, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial (IV CNSM-I) foi convocada por decreto presidencial em abril do citado ano, tendo sido realizada em Brasília/DF.

Sob o tema “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”, a IV CNSM-I foi, pela primeira vez, intersetorial, contando com a presença de 1200 delegados, 102 observadores e 200 convidados. Conforme os dados apresentados em seu Relatório Final, deduz-se que foram realizadas 205 conferências regionais e 359 municipais, participando ativamente cerca de 1200 municípios. Estima-se, contudo, que 46.000 pessoas tenham participado do processo, em suas 3 etapas (Brasil, 2010d).

Em 2010, os debates da Conferência Intersetorial identificaram os avanços concretos na expansão e diversificação da rede de serviços de base comunitária ao mesmo tempo que reconheceram as lacunas e desafios, a complexidade e o caráter multidimensional, interprofissional e intersetorial dos temas e problemas do campo (Brasil, 2010d).

Na IV Conferência, enfatizou-se a urgência de modificar o Código Penal, a fim de eliminar a suposição de periculosidade associada ao indivíduo que possui um transtorno mental, “sendo-lhe garantido o direito à responsabilidade, à assistência e à reinserção social, extinguindo-se a reclusão em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico” (Brasil, 2010d, p.121).

Dentre os princípios e diretrizes gerais aprovados na Plenária quanto à temática da Reabilitação psicossocial e participação, vê-se no Relatório Final, a garantia da inclusão de pessoas com transtorno mental em cumprimento de medida de segurança, na rede de serviços substitutivo em saúde mental até que se dê a efetiva extinção dos HCTPs. Enquanto existirem, a pauta sobre “Saúde Mental, Medidas de Segurança e Sistema Prisional” da Conferência propõe que durante o período de transição para estes serviços, a medida de segurança seja aplicada em sintonia com a Lei da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2010d).

Em moção pela construção de estratégias para o fim dos manicômios judiciários no país (moção nº 13), a Conferência defendeu a construção de estratégias intersetoriais, a exemplo o redirecionamento dos recursos dos leitos psiquiátricos dos HCTPs para os serviços substitutivos de saúde mental, como as residências terapêuticas.

Em consonância com isso, também argumentou em prol da criação de programas de atenção integral às pessoas com sofrimento mental em cumprimento de medida de segurança, de acordo com a lei da Reforma Psiquiátrica e considerando as especificidades de cada Estado. Ademais, sustentou a ideia da implementação do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário em todas as unidades penais brasileiras.

Para Reboli e Krüger (2013), uma inovação referente à IV Conferência é a proposta de capacitação para o exercício do controle social, contemplando a temática de saúde mental, a ser feita em parceria com as universidades, como se vê na proposta 122 na temática da Participação social, formulação de políticas e controle social. Para esses autores, inova-se também quanto ao incentivo de divulgação dos espaços de participação para que as pessoas com transtorno mental (incluindo aquelas em conflito com a lei) e seus familiares conheçam os seus direitos e a política de saúde mental.

Seminário Internacional Defensoria no cárcere e a luta antimanicomial

Realizado no período compreendido entre 24 a 26 de maio de 2017 e realizado na capital homônima do estado do Rio de Janeiro, o Seminário Internacional Defensoria no cárcere e na luta antimanicomial se originou de discussões entre diversas instituições no âmbito do Projeto "Defensoria no Cárcere" do DEPEN, com o objetivo de reunir Defensores Públicos de todas as regiões do país que fornecem assistência legal completa e gratuita às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Buscou-se analisar políticas públicas, experiências práticas exitosas já implementadas em nível nacional, além de debater abordagens e estratégias legais alinhadas com a perspectiva anti-punitiva e a promoção da saúde.

Importante ressaltar que apesar do público alvo em foco que deu nome ao evento, para além dos Defensores (oriundos de vinte e quatro estados do país), o Seminário também se destinou a acadêmicas/os; profissionais da área de saúde mental e atenção psicossocial; servidoras/es e estagiárias/os da Defensoria Pública, assim como às/aos usuárias/os da rede de atenção psicossocial e seus familiares nas Mesas de amplo debate (Fórum Justiça, 2017).

O Seminário traz grande inovação ao ser o primeiro a estabelecer esse diálogo entre os participantes sobre a execução penal das medidas de segurança e a importância de resgatar

e de potencializar a luta por dignidade de direitos humanos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei penal.

O evento consistiu em um debate mais centrado, diretivo e vanguarda ao estabelecer um Protocolo de atuação da Defensoria Pública no atendimento às pessoas internadas nos HCTPs, recomendando parâmetros mínimos para atuação de Defensores/as Públicos/as brasileiros/as no atendimento às pessoas privadas de liberdade com transtornos mentais em conflito com a lei, com execução penal provisória ou definitiva em curso, em estabelecimentos penais.

Para além disso, também foi produzido um documento indispensável à defesa dos direitos humanos e à defesa da saúde mental antimanicomial na atuação da instituição, sendo este um documento que traz Teses Defensivas para a Efetividade do Direito das Pessoas Privadas de Liberdade em Cumprimento de Medida de Segurança, que reverbera em fundamentos constitucionais e se relacionam com normativas da área da saúde, da segurança e da justiça.

As exposições que se seguiram na Mesa “Teses defensivas para a efetividade do direito das pessoas privadas de liberdade em cumprimento de medida de segurança”, essa direcionada apenas aos Defensores Públicos, sugeriram estratégias e propuseram enunciados pelos facilitadores da Mesa, que foram posteriormente avaliados e aprovados (ou não) por cada Defensor das unidades federativas ali presentes. Destaca-se, por conseguinte, os Enunciados n. 1 e n. 22, sendo eles:

Enunciado 1: Constitui crime de tortura (Lei 9.455/97, art.1, §§ 1º e 2º) a privação de liberdade de pessoa em medida de segurança em HCTP, ou outro estabelecimento prisional, e/ou o tratamento em desconformidade com a Lei 10.216/01.

Enunciado 22: Os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e alas psiquiátricas em unidades prisionais devem ser extintos e substituídos por medidas terapêuticas de base comunitária.

Com isso, observa-se que a discussão perpassa não apenas por otimizar a desinstitucionalização, mas também “fechar” a porta de entrada de instituições de natureza asilar, pois de outra forma continuariam as internações em HCTPs e não findaria esse modelo de desassistência. Além da produção de um Relatório Final com as disposições discutidas no debate público, também foi redigida e assinada uma carta que reuniu conclusões sobre a execução penal das medidas de segurança a fim de reavivar e fortalecer a batalha pela dignidade dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

A Carta foi assinada por defensores públicos da área de execução penal de medidas de segurança, representantes da sociedade civil organizada, acadêmicos em Direito, profissionais da saúde mental e da atenção psicossocial, bem como por representantes de diversos órgãos e entes estatais. A primeira das conclusões foi que com a Lei da Reforma Psiquiátrica, derrogam-se as disposições do Código Penal, do Código de Processo Penal e da Lei de Execução Penal em relação às medidas de segurança. Também se depreende que o manicômio não é hospital, mas cadeia, sendo ilegal e instrumento de tortura. Assim, é imperioso o fechamento da porta de entrada.

Para além disso, concluiu-se que a permanência do conceito de periculosidade deverá ser rechaçada por não possuir embasamento científico e impossibilitar o tratamento, o que impele que a atuação do Defensor não se baseie em laudo de cessação de periculosidade, mas no Projeto Terapêutico Singular (DPES, 2017, online). Por fim, observa-se que a medida de segurança é tratamento em saúde mental e não medida punitiva, devendo se basear nas políticas e legislações que servem de norte e aplicabilidade da reforma psiquiátrica (DPES, 2017, online).

Encontro dos 30 anos da Carta de Bauru

Realizado nos dias 08 e 09 de dezembro de 2017, na cidade de Bauru, localizada no estado de São Paulo, o Encontro de Bauru: “30 anos de luta por uma sociedade sem manicômios” reuniu cerca de duas mil pessoas, entre usuários dos serviços de saúde mental, seus familiares, profissionais, representantes de entidades da sociedade civil, dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) para discutir sobre os rumos e os desafios da reforma psiquiátrica nacional três décadas após o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (II CNTSM).

O II CNTSM, ocorrido entre 03 e 06 de dezembro de 1987, na cidade de Bauru, no estado de São Paulo, tratou-se de um histórico evento na linha do tempo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Ao fim da década de 1970, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, primeiro sujeito coletivo com o propósito de reformulação da assistência psiquiátrica (Amarante; Nunes, 2018).

Com o Congresso de 1987, “propôs-se a mudança das premissas teóricas e éticas da assistência psiquiátrica” (Brasil, 1994, p.4). Os trabalhadores de saúde mental ampliaram o movimento social ao incluir usuários e familiares, vindo a se transformar no Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), sob o lema “por uma sociedade sem manicômios!”. O novo

encontro de Bauru, trinta anos mais tarde, no reconhecimento de conquistas e regressos, amplia o “grito” produzido, expresso na apresentação do Relatório Final do evento, do qual agora se comprehende como “Nenhum passo atrás, manicômio nunca mais!” (Comissão de Sistematização do Relatório, 2018a, p.8).

O cerne do Encontro de 2017 foi o debate a respeito da importância e da necessidade de todos os envolvidos no campo da saúde mental - trabalhadores, gestores, usuários, familiares, estudantes, professores e pesquisadores - protegerem as conquistas alcançadas ao longo das três décadas de implantação de uma política pública democrática de saúde e não permitirem que os desafios enfrentados acarretassem retrocessos aos avanços até então conquistados. Além disso, também se buscava reconhecer que os retrocessos na área da saúde mental estavam intrinsecamente ligados ao contexto político que o país atravessava.

Patrícia Magno esclarece alguns avanços conquistados entre 1987 e 2017. Dentre eles, destacam-se:

a construção e implementação do SUS com efetiva participação social; a transformação da atenção pública em saúde mental com milhares de CAPS no país; ações na rede de atenção básica; a desconstrução do modelo asilar com redução significativa de leitos em hospícios; o Programa de Volta Pra Casa; novos modos de trabalhar e produzir; múltiplos projetos de arte, cultura, economia solidária, geração de trabalho, renda e protagonismo (Magno, 2021, p.189-190).

É importante mencionar que no período entre esses dois momentos também se evidenciou a inclusão na política de saúde mental de questões voltadas aos temas do “louco infrator” e do manicômio judiciário (Comissão de Sistematização do Relatório, 2018a).

Contudo, conforme indica o Relatório Final do Encontro de 30 anos de Bauru, o avanço no combate às desigualdades sociais, que teve início na década de 2000, sofreu uma interrupção drástica com o golpe de 2016³. Essa manobra política, o que acarretou uma série de impactos negativos no Brasil, incluiu o aprofundamento do processo de privatização e a diminuição dos recursos destinados às políticas públicas sociais, abrangendo áreas como habitação, transporte, previdência, educação, emprego, renda e saúde (Comissão de Sistematização do Relatório, 2018a).

³ No ano de 2016 ocorreu um evento político significativo na história do Brasil que se manifestou sob caráter golpista: o processo de impeachment da então presidente Dilma Rousseff, substituída ilegitimamente por seu vice, Michel Temer. Para José Geraldo de Sousa Junior (2017, p. 242-243), “configurou um golpe institucional armado contra um projeto de sociedade, uma plataforma política e uma concepção de democracia [...] contra a Constituição que representa esses valores e contra os sujeitos que nela se inscrevem, os trabalhadores, os marginalizados, os excluídos, os subalternos emergentes das lutas decoloniais que estão na base da formação social brasileira e das múltiplas lutas por identidade e reconhecimento”. A partir de então, intensificaram-se diversos retrocessos no campo da saúde mental, como a retomada do aparato manicomial pautado na internação e exclusão social.

É sob o cenário de sucateamento do SUS, expresso com a diminuição do financiamento e a desfiguração de seus princípios - universalidade, equidade e integralidade - que se assentaram as propostas discutidas em plenário e dispostas no Relatório Final, bem como na produção de uma nova Carta de Bauru.

A título de evidenciar os regressos mencionados, é fulcral pontuar que no ano de 2017 foi publicada uma nota técnica encaminhada mediante o Ofício n° 68/17/ABP/SEC pelo Conselho Federal de Medicina e pela Associação Brasileira de Psiquiatria com recomendações deturpadas e profundamente manicomiais, que, dentre outros, recomendou a extinção do leito psiquiátrico em hospital geral ao passo que encorajou a manutenção e ampliação dos manicômios judiciais, como se vê:

9 - Que a população de doentes mentais presos possa ser devidamente assistida, ampliando, de acordo com a demanda, os Hospitais de Custódia de Tratamento (HCTPs), melhorando, capacitando e qualificando o atendimento e tratamento nestas unidades; assim como adequando o número de leitos e serviços desta natureza em relação à demanda existente (Conselho Federal de Medicina; Associação Brasileira de Psiquiatria, 2017).

Na contramão do referido disparate, o Ministério Público Federal (MPF), por intermédio da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, emitiu a Nota Técnica n. 05, de 03/05/2017, no bojo de inquérito civil público, na qual se opôs à ABP e CFM.

Dentre os argumentos de resistência, reproduzidos e ressoados no debate à época pelos compromissados com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, é interessante aduzir que o MPF levantou como ponto de sustento: que a internação é medida excepcional e toda a atuação do poder público deve ser guiada para garantir a alta do paciente, em conformidade ao art. 4º, §1º, da Lei 11.216/2001; que diversos documentos apontam os HCTPs descumprindo reiteradamente o dever de garantir tratamento multiprofissional e voltado para a reinserção psicossocial; que a medida de segurança é cumprida em hospital por ausência de rede extra-hospitalar e de programas específicos para o seu cumprimento, devendo, portanto, ser ampliado o número de vagas na rede extra-hospitalar e não nos HCTPs (Ministério Público Federal, 2017).

À época do Encontro dos 30 anos de Bauru eram estas as lógicas discursivas: o conservadorismo opressor e a resistência antimanicomial. Consoante a isto, uma das propostas aprovadas em Plenária no que tange os movimentos sociais envolvia promover ações nacionais para responder diretamente ao desmonte da Reforma Psiquiátrica por meio da organização dos movimentos sociais e coletivos, articulando-se com o Conselho Nacional de Direitos Humanos,

o Ministério Público Federal e a Frente Parlamentar Mista em Defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

Um fato importante deve ser aqui apontado. Um dos encaminhamentos escritos pela Roda de Conversa 5 durante o evento, que deveria ser lido na plenária no turno seguinte, não foi visto no momento oportuno. As participantes da roda, ao perceberem sua ausência levaram à mesa organizadora, na qual foi posteriormente lido e aprovado por unanimidade, verificando-se o encaminhamento integral abaixo, conforme registra Magno (2021, p.209):

5) Há uma dúvida histórica do movimento com o Manicômio Judiciário. Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) são um desafio aos nossos manicômios mentais. Reafirmamos nosso compromisso por lutar por uma sociedade sem manicômios, reconhecendo que também as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei têm os mesmos direitos à RAS/RAPS e devem ser atendidas em igualdade de condições. Propomos que essa discussão ocupe a centralidade dos esforços antimanicomiais (DIÁRIO DE CAMPO, 2018, p. 145;).

O fato curioso, no entanto, é que apesar dos esforços das participantes, o encaminhamento sumiu e não apareceu no Relatório Final já mencionado acima (Comissão de Sistematização do Relatório, 2018a), o que de certa forma, indica que a invisibilidade que envolve as pessoas institucionalizadas em instituições manicomiais, especialmente aquelas nos manicômios judiciários, parece ter se refletido na supressão de registro documental do encontro (Magno, 2021).

A proposta aprovada na referida Roda que interessa à temática do presente estudo, no entanto, versou sobre a promoção de maior acessibilidade ao Sistema de Garantia de Direitos, bem como às informações sobre direitos para as pessoas em sofrimento mental e a seus familiares, incluindo aquelas que estão em conflito com a lei (Comissão de Sistematização do Relatório, 2018a). Trata-se do “louco” como um sujeito de direitos a ser reconhecido como tal.

Ademais, outra proposta aprovada que pode ser compreendida como aquela que inclui as pessoas com sofrimento mental em conflito com a lei, diz respeito à diretriz que dita sobre a construção de espaços de discussão sobre a RAPS, incluindo todos os atores do Sistema de Justiça e de garantia de direitos, repensando as práticas de cuidado, enfrentando estigmas e denunciando todo e qualquer tipo de violação de direitos contra a pessoa em sofrimento mental e seus familiares, resguardando, em especial, o direito à maternidade e à liberdade.

Desde a publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica é possível observar a crescente realização de eventos com temáticas referentes à garantia de direitos das pessoas internadas nos

Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Considerando os debates e ações em torno desta temática em alguns estados, vê-se avanço e produção de rupturas no sistema de determinação das medidas de segurança, com experiências a serem tratadas no último capítulo.

À vista do percurso que se foi observado nesse primeiro momento se percebe que nestes debates públicos de abrangência nacional, ao versaram sobre os manicômios judiciários e as medidas de segurança, compuseram-se momentos pontuais, mas imprescindíveis de discussão sobre a garantia de direitos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, especialmente quanto aos direitos relacionados à liberdade, ao acesso à justiça, à atenção à saúde, bem como à mudança na forma de compreensão do conceito de loucura e a desconstrução das ideias relacionadas à periculosidade. Contudo, a partir de determinado momento político, a efervescência do conservadorismo se sobressai e impera grandes entraves e retrocessos na histórica de conquistas no âmbito da saúde mental e dos direitos humanos.

É nesse sentido que ressoa a Carta de Bauru após 30 anos ao elucidar sobre a necessidade de fortalecer a luta por um processo de educação permanente, “por nenhum serviço a menos, nenhum trabalhador a menos e nenhum direito a menos” (Comissão de Sistematização do Relatório, 2018b), construindo caminhos de defesa e tenacidade onde houver tentativa de supressão do direito à saúde mental antimanicomial.

Para melhor compreensão dos eventos discutidos no presente capítulo, foi construída uma tabela que os sintetiza por ano, local de realização, tema e proposições importantes.

Ano	Tipo de evento	Local	Proposições Observadas
1987	I Conferência Nacional de Saúde Mental	Rio de Janeiro, RJ	Tema III: - Introdução - Secção b, proposta 2 (Fonte: Relatório Final)
1992	II Conferência Nacional de Saúde Mental	Brasília, DF	Terceira parte: Capítulos 8 e 9 (Fonte: Relatório Final)
1999	IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	Paripueira, AL	Análise se pautou na Campanha da abertura do Evento (Fonte: documentos do CFP)
2001	Seminário Nacional sobre o Direito à Saúde Mental	Brasília, DF	Grupo de Trabalho IV: Roteiro; Princípios; Propostas (Fonte: Relatório Final)

2001	III Conferência Nacional de Saúde Mental	Brasília, DF	Subtema “Direitos” no Eixo Temático: Reorientação do Modelo Assistencial (Fonte: Caderno Informativo) Capítulo V: subtópicos 4, 5 e 6 (Fonte: Relatório Final)
2002	Seminário Nacional Para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	Brasília, DF	Especialmente propostas dos Grupos de Trabalho 01 e 03 (Fonte: Relatório Final)
2009	I Simpósio Internacional sobre Manicômios Judiciários e Saúde Mental	São Paulo, SP	Diretrizes: 2, 9, 10, 11 e 16 (Fonte: Carta de São Paulo)
2010	IV Conferência Nacional de Saúde Mental	Brasília, DF	- Diretrizes e Propostas: 122, 136, 730, 739 - Moção n° 13 (Fonte: Relatório Final)
2017	Seminário Internacional Defensoria no cárcere e na luta antimanicomial	Rio de Janeiro, RJ	Enunciados 1 e 22 (Fonte: Documento produzido com Enunciados do Seminário) Conclusões 1, 2, 4 e 6 (Fonte: Carta do Seminário)
2017	Encontro dos 30 anos da Carta de Bauru	Bauru, SP	- Tema 02: Proposta 1; Tema 05: Propostas 3 e 4; Carta de Bauru 30 anos (Fonte: Relatório Final) - Encaminhamento desaparecido (Magno, 2021)

Tabela 1 – Marcos da discussão coletiva sobre Medida de Segurança e HCTPs, especialmente após a publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica (elaboração da autora).

3 A PRODUÇÃO DA NORMATIVA BRASILEIRA ANTIMANICOMIAL SOBRE MEDIDAS DE SEGURANÇA E HCTPS ESPECIALMENTE APÓS A PUBLICAÇÃO DA LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A partir das mudanças preconizadas pelos novos paradigmas no atendimento à pessoa em sofrimento mental defendidos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e pela luta antimanicomial, constrói-se uma normativa de reorientação das práticas assistenciais desenvolvidas no âmbito dos HCTPs e no cumprimento das medidas de segurança.

Tal transformação assistencial já se delineava antes mesmo da aprovação da Lei nº 10.216/01, que à época da primeira norma aqui analisada, ainda estava em tramitação no Congresso Nacional. Demonstra-se, com isso, a linha de um novo horizonte com processo de ruptura da continuidade de internação em HCTPs quando extinta a medida de segurança ao passo que se nota a construção de um novo paradigma em saúde mental que já influenciava e implicava mudanças no Direito.

Salvo a Portaria nº 106/2000, emitida pelo Ministério da Saúde, que antecede a Lei nº 10.216/2001 quando esta ainda tramitava no Congresso Nacional, as demais normas aqui estudadas se lastreiam sob os objetivos propostos na Lei da Reforma Psiquiátrica, marco importante no país e, por isso, lente utilizada para se visualizar a normativa brasileira no presente trabalho.

O caminho desenvolvido não foi fácil e linear, mas recheado de forças e tensões inerentes aos conflitos do âmbito da reforma psiquiátrica brasileira, pautando-se no esforço conjunto de atrizes e atores empenhados na garantia de direitos à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Nesta perspectiva, com o intuito de compreender a produção normativa brasileira relacionada às medidas de segurança e aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, serão analisados marcos normativos importantes após a publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica, influenciados pelos debates públicos trabalhados no capítulo anterior.

Portaria N° 106/2000, do Ministério da Saúde

A Portaria 106/2000, do Ministério da Saúde criou os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) em Saúde Mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), uma modalidade assistencial substitutiva à internação prolongada. O parágrafo único do art. 1º da Portaria definiu como Serviços Residenciais Terapêuticos “as 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" (Brasil, 2000).

As Residências Terapêuticas (SRTs) são casas localizadas no espaço urbano e contam com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um dos usuários que nelas residem. Desse modo, conforme dispõe o dispositivo supracitado, os egressos dos HCTPs em conformidade com decisão judicial (Juízo de Execução Penal), que não possuam suporte familiar e social adequado na comunidade, contam com as Residências como alternativa de moradia e de assistência enquanto unidade de suporte às pessoas que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social, por terem sido tolhidas de sua independência no longínquo período que estiveram internadas nas instituições asilares.

Sua origem remonta à inquietação nas ações de desinstitucionalização no Brasil que confrontavam a seguinte problemática: onde irão viver as pessoas que são desinternadas dos hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, e não contam com suporte familiar ou afim? Com isso, uma das discussões realizadas na II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), dizia respeito à importância estratégica da implementação dos então chamados "lares abrigados" para a efetivação do processo de desinstitucionalização das pessoas egressas dos manicômios.

Outra questão interessante a se perceber é que a Portaria foi publicada no ano seguinte ao lançamento da campanha do Conselho Federal de Psicologia/CFP sob o lema "Manicômio Judiciário... o pior do pior...", que ecoava a máxima de uma sociedade sem manicômios e defendia o cuidado fora dos muros encarceradores. Com a Portaria nº 106/2000, há a instituição de uma estratégia de redução dos danos de quem vivenciou um longo período internado ao mesmo tempo que se materializa a esperança, na forma de política pública, do resgate da individualidade e autonomia daqueles e sua reinserção na comunidade. Ou seja, enquanto a campanha chama a atenção para as condições muitas vezes desumanas nos hospitais de custódia e cria uma efervescência no debate sobre a temática, a Portaria do Ministério da Saúde surge como uma resposta prática ao promover uma abordagem mais humanizada e comunitária para o tratamento dessas pessoas por meio dos SRTs.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos fornecem um ambiente de transição onde as pessoas podem se ajustar gradualmente à vida fora da instituição manicomial, reaprendendo habilidades da vida diária, como preparação de refeições, gerenciamento de medicação, higiene pessoal, tomadas de decisão, habilidades de comunicação e transporte, o que ocorre em um processo gradual à medida que recebem apoio terapêutico e cuidados continuados.

Assim, a experiência da pessoa com transtorno mental que frequenta esses novos serviços é bem diversa daquela vivida nos manicômios, percebendo-se especialmente na determinação da vontade dos indivíduos em frequentar esses novos espaços. Diferentemente dos “hospitais-prisões”, há autonomia e integração social. Para Silva (2007) essa transformação impacta ao revolucionar saberes, moldar valores, e alterar a simbologia social. Isso porque envolve mudança estrutural no cuidado com a loucura. Os usuários dos SRTs têm a oportunidade de se integrar socialmente, interagir com outras pessoas e participar de atividades sociais e recreativas, a partir das quais todo um cotidiano de significados assume outras vestes, criando outra identidade para a loucura.

Decreto Presidencial nº 4.229/2002

O Programa Nacional de Direitos Humanos II pode ser compreendido como um primeiro marco após a publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001) que trouxe proposições específicas quanto aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, compreendidas em um Programa que se revestia como uma política do Estado em assumir compromissos a serem implementados na garantia dos direitos humanos nos campos interno e internacionalmente.

A concepção dos Programas Nacionais de Direitos Humanos se originou durante a Conferência Mundial dos Direitos Humanos, realizada em Viena, no ano de 1993. Durante esse evento, sugeriu-se aos países participantes que desenvolvessem programas nacionais com o intuito de trabalhar a promoção e a salvaguarda dos direitos humanos como parte integrante das políticas governamentais. O Brasil foi o primeiro dentre os países da América Latina a elaborar um documento do tipo, lançando em 1996, o Programa Nacional de Direitos Humanos I (PNDH I) que continha 228 propostas envolvendo, entre outros temas, a proteção de mulheres, crianças, idosos e demais grupos minoritários, bem como a luta contra a violência em geral (Brasil, 1996).

O Programa Nacional de Direitos Humanos II (PNDH II), assim como seu antecessor, foi elaborado pelo Ministério da Justiça em conjunto com diversas organizações da sociedade civil mediante a realização de seminários regionais para o levantamento de propostas atualizadas. O PNDH II foi instituído pelo Decreto nº 4.229, de 13 de maio de 2002, que revisou o PNDH I, trazendo 518 propostas de ações governamentais nos diversos campos dos direitos humanos.

No que se refere à saúde mental, percebe-se uma inovação, uma vez que diferentemente do Programa de 1996, o PNDH II elenca seis propostas (365 a 370) que versam sobre a garantia

dos direitos humanos às pessoas com transtorno mental, estabelecendo, dentre essas, proposições direcionadas especificamente aos HCTPs (Correia, 2007). Previstas dentre as propostas ações governamentais do Direito à Saúde, destacam-se:

- 366. Estabelecer mecanismos de normatização e acompanhamento das ações das secretarias de justiça e cidadania nos estados, no que diz respeito ao funcionamento dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.
- 367. Promover esforço intersetorial em favor da substituição do modelo de atenção dos hospitais de custódia e tratamento por tratamento referenciado na rede SUS.
- 368. Promover debates sobre a inimputabilidade penal das pessoas acometidas por transtornos psíquicos.
- 369. Criar programas de atendimento às pessoas portadoras de doenças mentais, apoiando tratamentos alternativos à internação, de forma a conferir prioridade a modelos de atendimento psicossocial, com a eliminação progressiva dos manicômios (Brasil, 2002c, p.25).

Desse modo, o PNDH II, ao impulsionar a adoção de práticas que respeitem os direitos humanos, influenciou o direcionamento de políticas e diretrizes que visam proteger direitos humanos das pessoas com transtorno mental que estão em instituições judiciais ou prisionais. O programa advogou por alternativas mais humanitárias na promoção da saúde mental, preterindo a internação em HCTPs e preferindo a assistência no SUS, desconstruindo a noção de periculosidade e defendendo a eliminação progressiva dos muros manicomiais. Anos mais tarde, em 2009, seria revisado no mais atual PNDH-3, consubstanciado mediante o Decreto Federal Federal nº 7.037/2009, que trouxe novas atualizações e será melhor visto posteriormente.

Lei nº 10.708/2003

O Programa Volta De para Casa (PVC) teve sua origem na Lei nº 10.708, datada de 31 de julho de 2003, ao criar o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes com transtornos mentais egressos de internações em hospitais ou unidades psiquiátricas que duraram dois anos ou mais. O auxílio também compreende pessoas egressas do HCTP, conforme previsão do §3º do artigo 3º da referida lei, que indica: "Egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, procedendo-se, nesses casos, em conformidade com a decisão judicial" (Brasil, 2003a).

A execução das diretrizes dessa normativa foi regulamentada pelas Portarias nº 2.077 e 2.078, ambas de 31 de outubro de 2003, oriundas do Ministério da Saúde. Mais adiante, o Ministério da Saúde expediu a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de

2017, que consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde e atualmente regulamenta o PVC em seus arts. 48 ao 63.

Inicialmente, o valor desse auxílio era fixado em R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), mas estava sujeito a reajustes, os quais são determinados pelo Poder Executivo conforme a disponibilidade de recursos no orçamento. Em 2013 foi ajustado para o valor de R\$412,00 (quatrocentos e doze reais) e novamente aumentado no ano de 2021 para R\$500,00 (quinhentos reais), perdurando até o presente momento. Esse valor é concedido no prazo de um ano aos beneficiários, podendo ser prorrogado, caso necessário.

Apesar da modificação do valor do auxílio não refletir uma exata adequação às circunstâncias financeiras atuais, esse apoio financeiro busca atender uma demanda de longa data do Movimento Antimanicomial e das organizações que lutam pelos direitos humanos: possibilitar a reintegração plena destes indivíduos à sociedade, ao mesmo tempo em que os envolve com base no cuidado no território e na atenção diária, pois para além do auxílio, o Programa envolve a articulação de diversos serviços e setores, como saúde, assistência social, educação e trabalho. Isso dialoga diretamente com o art. 5º da Lei 10.216, que prevê:

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de **política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida**, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário (Brasil, 2001, grifos da autora).

A cartilha “Mostra fotográfica Programa de Volta para Casa”, do Governo Federal além de enfatizar o papel do auxílio para a vida dos beneficiários, como alicerce para a desinstitucionalização, também traz como uma de suas características o aspecto indenizatório do auxílio ao indicar que “o auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pelo Programa De Volta para Casa, também tem um caráter indenizatório àqueles que, por falta de alternativas, “foram submetidos a tratamentos aviltantes e privados de seus direitos básicos de cidadania” (Brasil, 2008, online).

O ano anterior à formalização do início do Programa ainda foi marcado por debates no mesmo sentido. O Seminário Nacional Para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que ocorreu em 2002 estipulou como uma das diretrizes deliberadas a serem observadas a implantação de Programas Permanentes de Reintegração Social por equipe técnica multiprofissional como reorientação dos HCTPs. O planejamento e a implementação do Programa, no entanto, é fruto de processos anteriores.

Ainda na década de 1990, a promulgação da Lei Federal nº 8.080/1992 dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. A partir dessa legislação, foram estabelecidas as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que inclui a desinstitucionalização e a criação de serviços comunitários de saúde mental como parte integrante de uma política nacional de saúde mental. A Lei da Reforma Psiquiátrica reforçou o processo de desinstitucionalização e estabeleceu diretrizes para o tratamento de pessoas com transtorno mental.

Com a expansão dos serviços comunitários, vê-se que há uma tentativa de restituição do direito à moradia e convívio em liberdade, o que se desdobra na promoção à autonomia e ao protagonismo de seus usuários também presente nos SRTs aqui já mencionados. Nota-se que a produção legislativa não se assenta apenas no interesse institucional, mas é construída mediante o esforço de diversas mãos e vozes atuantes pela superação do encarceramento como tratamento da loucura.

Portaria Interministerial nº 1777/2003

No ano de 2003 foi divulgada uma determinação conjunta dos Ministérios da Saúde e da Justiça, a Portaria Interministerial nº 1777, datada de 09 de setembro de 2003, a qual aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (Brasil, 2003e). Com isso, disciplinou à época, orientações da Política Nacional de Saúde Mental que devem ser observadas no cumprimento das medidas de segurança.

No entanto, é necessário aqui ressaltar que o Plano abrange, especialmente, a população recolhida em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e/ou agroindustriais e hospitais de custódia e tratamento, mas não inclui detentos que estão cumprindo o regime aberto ou presos provisórios, recolhidos em cadeias públicas e distritos policiais, como dita a cartilha do PNSSP (Brasil, 2005b), vindo a ser atualizado e mais abrangente anos mais tarde.

Tratou-se de um Plano que, por ter formalizado um acordo entre os Ministérios, orientou a melhoria da organização dos serviços de saúde no sistema prisional, seguindo principalmente os princípios da atenção básica e os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao mesmo tempo, buscou assegurar que o SUS garantisse os princípios de atendimento a todos, sem exceção, de forma justa, e promovesse uma abordagem com diferentes setores, até mesmo alcançando indivíduos privados de liberdade (Silva, 2010).

Consoante o art. 1º da Portaria, o Plano estaria “destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem

como nas psiquiátricas” (Brasil, 2003e). Ao citar a unidade psiquiátrica, refere-se ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, citado adiante, especificamente no art. 8º, § 3º da Portaria. Conforme este dispositivo, os HCTPs seriam beneficiados por ações previstas no documento normativo ao passo que, em razão de sua especificidade, também seria objeto de norma própria.

Nota-se que a Cartilha sobre o próprio Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário dialoga com a disposição acima tratada quando prevê, em seu tópico de Recursos Humanos, que por sua especificidade “os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, Manicômios Judiciários e Sanatórios Penais serão objetos de normas próprias que deverão ser definidas de acordo com a Política de Saúde Mental, preconizada pelo Ministério da Saúde.” (Brasil, 2005b, p. 18).

Visto isso, a norma própria elaborada pelo Ministério da Saúde que complementa o PNSSP foi a Portaria de nº 268, de 17 de setembro de 2003, que incluiu códigos de atendimento de atenção básica em presídios ou manicômios judiciários (Brasil, 2003b). Para tanto, estipulou, dentre outras medidas, que os HCTPs com população de até 100 pessoas presas ou mesmo acima disso deverão dispor de serviço de saúde, cadastrados e monitorados no Sistema de Informações em Saúde do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2005b).

A contribuição do Plano Nacional de Saúde no contexto dos HCTPs e no sistema penitenciário em geral incluiu a previsão de equipes de saúde mental qualificadas para oferecer tratamento individualizado, bem como de capacitação contínua desses profissionais.

Resolução nº 05/2004, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

Apesar dos importantes passos traçados até o momento, nota-se um aumento no cuidado dispensado especificamente aos internos em Hospitais de Custódia com a Resolução nº 05, de 04 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP)⁴, que dispõe a respeito das diretrizes para a adequação das medidas de segurança às disposições da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

A referida resolução apresenta dezoito orientações a serem seguidas no cumprimento das medidas de segurança, de acordo com a política antimanicomial, com vistas

⁴ Órgão subordinado ao Ministério da Justiça, com atribuições previstas no art. 64 da Lei de Execução Penal. Uma de suas competências enquanto órgão de execução penal é “propor diretrizes da política criminal quanto à prevenção do delito, administração da Justiça Criminal e execução das penas e das medidas de segurança” (Brasil, 1984, artigo 64, inciso 1).

a superar a abordagem centrada na lógica hospitalocêntrica e a integração das pessoas com deficiência psicossocial na comunidade.

Logo de início, na primeira orientação apresentada, que versa sobre o tratamento dado aos inimputáveis, há referência direta ao texto presente na Lei da Reforma Psiquiátrica em seu art. 4º, § 1º que aduz que o tratamento nos casos de internação tomará como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio (Brasil, 2001).

O documento publicado pelo CNPCP ainda estabelece a integração dos HCTPs na rede de cuidados do SUS, o que reforça o direito a um tratamento apropriado, bem como à garantia de acesso a um melhor serviço de saúde mental, diretamente relacionado ao art. 2º da Lei 10.216/2001, ao indicar que o internado deverá “ter acesso ao melhor tratamento consentâneo às suas necessidades” (Brasil, 2001, art. 2º, § 1º, inciso I).

Ressalta-se ainda a indicação da Resolução no sentido de que nos Estados onde não houver Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, os pacientes sejam tratados na rede SUS (Diretriz 8), o que dialoga com as Leis federais 8.080/1992, que traz a organização do SUS na oferta de serviços de saúde mental no país e a lei 10.216/2001, que impacta significativamente na forma como o cuidado em saúde mental é prestado no SUS.

Outra preocupação quanto à consonância das medidas de segurança com o novo modelo assistencial está calcada em sua ótica enquanto tratamento de saúde mental e não medida punitiva, quando aduz:

12. A medida de segurança deve ser aplicada de forma progressiva, por meio de saídas terapêuticas, evoluindo para regime de hospital-dia ou hospital-noite e outros serviços de atenção diária tão logo o quadro clínico do paciente assim o indique. A regressão para regime anterior só se justificará com base em avaliação clínica (Brasil, 2004).

Na promoção da desinstitucionalização, por sua vez, também há diálogo com outras estratégias de cuidado em liberdade, relacionada à política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, tratada tanto na Diretriz 16 da Resolução nº05/2004, do CNPCP, como no art. 5º da Lei 10.216/2001. Dentre as estratégias mencionadas, estão o auxílio à reabilitação psicossocial e os serviços residenciais terapêuticos, já mencionados anteriormente.

Decreto Presidencial nº 6.949/2009

O Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, que entrou em vigor na data de sua publicação, promulgou a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com

Deficiência e seu Protocolo Facultativo, já assinada no ano de 2007 em Nova York e aprovada no plano legislativo do país em 2008 pelo procedimento especial do § 3º do art. 5º da Constituição Federal de 1988, que a conferiu status de emenda constitucional no Ordenamento Jurídico brasileiro.

Ao receber status de emenda constitucional, as disposições da Convenção se tornam parte integrante da Constituição do país e prevalecem sobre as demais leis nacionais. Ressalta-se, ainda, que podem ser aplicadas diretamente pelos tribunais nacionais, permitindo que os indivíduos busquem o Judiciário no acesso ao direito e à justiça com base nas disposições do tratado, sem a necessidade de leis nacionais intermediárias para implementar esses direitos, isto é, com aplicação imediata da Convenção.

Este documento internacional trouxe um novo conceito de pessoa com deficiência e sua proteção, que sevê

Art. 1. Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Art. 17. Toda pessoa com deficiência tem o direito a que sua integridade física e mental seja respeitada, em igualdade de condições com as demais pessoas (ONU, 2006).

Com isso, o Ordenamento Jurídico pátrio reconhece esse grupo como sujeitos de direitos, enfatizando a necessidade de igualdade de oportunidades, promovendo a inclusão social e rejeitando a discriminação com base na deficiência. Ao se tornar signatário da Convenção, coube ao Brasil a adoção de medidas com vistas a garantir a plena participação das pessoas com deficiência no corpo social.

Em conformidade com o conceito disposto no art. 1º da Convenção, surge o termo “deficiência psicossocial” utilizado como referência às pessoas com diagnóstico de transtorno mental que sofreram os efeitos de fatores sociais negativos, como estigma, discriminação e exclusão.

É possível compreender por meio deste novo conceito que, muito além do diagnóstico e do olhar “incapacitante” sobre a deficiência, esta deve ser compreendida de modo articulado à toda situação psicossocial, ou seja, articulando os aspectos psicológicos internos (as emoções, a personalidade, os processos mentais) e sociais, os aspectos externos como o ambiente social, cultural, econômico e político em que as pessoas vivem. Isso porque a

experiência de desigualdade de condições vivenciada pela pessoa com deficiência é resultado dos impedimentos que as barreiras externas exercem sobre as internas.

O Glossário do Plano de Ação Abrangente de Saúde Mental (2013 - 2020), da Organização Mundial da Saúde, traz um conceito “deficiência psicossocial” que dialoga com esse posicionamento.

Discapacidades psicosociales

Se refieren a las personas con diagnóstico de trastorno mental que han sufrido los efectos de factores sociales negativos, como el estigma, la discriminación y la exclusión. Las personas que sobrellevan discapacidades psicosociales son, por ejemplo, las que usan o usaron antes los servicios de salud mental, así como quienes se consideran supervivientes de estos servicios o que tienen la propia discapacidad psicosocial (OMS, 2013, p.43).⁵

Contudo, alguns autores como Drew et al. (2011) ressaltam que esse termo diz respeito às pessoas com deficiência a longo prazo e não aquelas em situação transitória, que vivenciaram um episódio de uma condição de saúde mental durante a vida, sem subestimar tais impactos a curto prazo, como se vê:

Accordingly, we refer to people who have a longer-term impairment, as opposed to transient or predominantly situation-responsive distress (such as where a person experiences one episode of a mental health condition in her or his lifetime). Although the personal and social impacts of shorter-term mental health conditions should not be downplayed, it is a topic beyond the scope of this article (Drew et al., 2011, p.1665).⁶

Em detrimento a isto, a partir desse momento, o presente trabalho adotará a expressão “pessoa com deficiência psicossocial em conflito com a lei” para se referir ao indivíduo que se apresenta em situação de sofrimento psíquico e que responde por algum processo criminal por compreender que o termo seria o mais assertivo conforme a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, assimilada pelo Brasil em 2009, com status constitucional, pelo Decreto Federal nº 6.949, de 25 de agosto de 2009 em diálogo

⁵ Tradução para o português: Refere-se às pessoas com diagnóstico de transtorno mental que sofreram os efeitos de fatores sociais negativos, como estigma, discriminação e exclusão. As pessoas que lidam com deficiências psicossociais incluem, por exemplo, aquelas que utilizam ou utilizaram anteriormente os serviços de saúde mental, bem como aquelas que se consideram sobreviventes desses serviços ou que possuem a própria deficiência psicossocial (OMS, 2013, p. 43, tradução nossa).

⁶ Tradução para o português: De acordo com isso, nos referimos a pessoas que têm um comprometimento de longo prazo, em oposição a um sofrimento transitório ou predominantemente relacionado à situação (como quando uma pessoa experimenta um episódio de condição de saúde mental em sua vida). Embora os impactos pessoais e sociais das condições de saúde mental de curto prazo não devam ser subestimados, este é um tópico que está além do escopo deste artigo (Drew et al., 2011, p. 1665, tradução nossa).

com a mais recente normativa, a Portaria nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, do Conselho Nacional de Justiça (a ser tratada posteriormente), que utiliza essa expressão.

A Convenção marca uma mudança de perspectiva na promoção dos direitos das pessoas com deficiência em nível internacional, visto que supera o modelo higienista ao garantir a este grupo o direito à liberdade e à segurança quando aduz que toda privação de liberdade da pessoa com deficiência deve estar de acordo com a lei, e que a existência de deficiência não pode justificar a privação de liberdade (art. 14).

Também é evocada a responsabilidade dos Estados Partes na tomada de medidas (legislativa, administrativa, judicial ou outra) a fim de evitar que pessoas com deficiência, do mesmo modo que as demais pessoas, sejam submetidas à tortura ou a tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes (art. 15). No que tange ao acesso à justiça, fala-se na necessidade de capacitação apropriada dos profissionais que laboram na área de administração da justiça, inclusive a polícia e os funcionários do sistema penitenciário, do qual podemos extrair que se está abrangendo os Hospitais de Custódia.

Outro ponto interessante a se observar é que, assim como se nota na Lei da Reforma Psiquiátrica e nas estratégias de desinstitucionalização, a Convenção também prevê a inclusão e participação das pessoas com deficiência na comunidade, dialogando com o princípio do cuidado em liberdade. O artigo 19, inciso b traz referência às estratégias de desinstitucionalização quando determina:

Artigo 19

Vida independente e inclusão na comunidade

Os Estados Partes desta Convenção reconhecem o igual direito de todas as pessoas com deficiência de viver na comunidade, com a mesma liberdade de escolha que as demais pessoas, e tomarão medidas efetivas e apropriadas para facilitar às pessoas com deficiência o pleno gozo desse direito e sua plena inclusão e participação na comunidade, inclusive assegurando que:

[...]

b) As pessoas com deficiência tenham acesso a uma variedade de serviços de apoio em domicílio ou em instituições residenciais ou a outros serviços comunitários de apoio, inclusive os serviços de atendentes pessoais que forem necessários como apoio para que as pessoas com deficiência vivam e sejam incluídas na comunidade e para evitar que fiquem isoladas ou segregadas da comunidade (ONU, 2006).

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência se mostra relevante na proteção dos direitos humanos, no debate internacional sobre desinstitucionalização, participação, autonomia e acesso à justiça das pessoas com deficiência, o que, sem dúvida, constitui uma bússola a ser seguida na garantia de direitos das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei.

Decreto Presidencial 7.037/2009

O Programa Nacional de Direitos Humanos III apresentou no eixo orientador IV a temática da segurança pública, acesso à justiça, combate à violência. Para fins de análise do presente trabalho, cabe trabalharmos especificamente a Diretriz 16, que abordou a modernização da política de execução penal, bem como a priorização das penas e medidas alternativas e melhoria do sistema penitenciário (Brasil, 2010c).

A mencionada diretriz estabeleceu quatro objetivos estratégicos: a reestruturação do sistema penitenciário, a limitação do uso dos institutos de prisão cautelar, o tratamento adequado de pessoas com transtorno mentais e a ampliação da aplicação de penas e medidas alternativas (Brasil, 2010c). Para cada objetivo, estabeleceu-se ações programáticas, responsabilizando principalmente o Ministério da Saúde e Justiça.

Quanto ao objetivo estratégico I, que tratou da reestruturação do sistema penitenciário, uma das ações programáticas pretendidas foi a aplicação da Política Nacional de Saúde Mental e a Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas no sistema penitenciário (ação programática “e”, tendo como responsáveis o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde (Brasil, 2010c).

No que dispõe ao objetivo estratégico III, sobre o tratamento adequado de pessoas com transtornos mentais, ficaram estabelecidas as seguintes ações programáticas:

- a) Estabelecer diretrizes que garantam tratamento adequado às pessoas com transtornos mentais, em consonância com o princípio de desinstitucionalização. Responsáveis: Ministério da Justiça; Ministério da Saúde
- b) Propor projeto de lei para alterar o Código Penal, prevendo que o período de cumprimento de medidas de segurança não deve ultrapassar o da pena prevista para o crime praticado, e estabelecendo a continuidade do tratamento fora do sistema penitenciário quando necessário. Responsáveis: Ministério da Justiça; Ministério da Saúde
- c) Estabelecer mecanismos para a reintegração social dos internados em medida de segurança quando da extinção desta, mediante aplicação dos benefícios sociais correspondentes. Responsáveis: Ministério da Justiça; Ministério da Saúde; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Brasil, 2010c).

Resolução nº 113/2010, do Conselho Nacional de Justiça

Como se estão evidenciadas no presente trabalho, as discussões relacionadas à reorientação da política de saúde para pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei geraram regulamentações e princípios tanto no Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) quanto no Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que editaram

documentos relevantes especialmente nos anos de 2004 e 2010. A Resolução nº 113, de 20 de abril de 2010, emitida pelo Conselho Nacional de Justiça, é parte desse esforço.

Na análise sob a ótica do debate aqui proposto, nota-se que a norma busca adequar a execução da medida de segurança à Lei da Reforma Psiquiátrica, como se verifica:

art. 17: “o juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível buscará implementar políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei 10.216/2001” (Brasil, 2010a).

O dispositivo reflete a necessidade da parceria entre o sistema de justiça e a seara da saúde, especialmente a saúde mental, sendo uma norma vanguarda da instituição da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, que veio a ser criada pelo Conselho Nacional de Justiça treze anos depois, em 2023, como será estudado.

A Resolução nº 113/2010 inova ao consolidar o CNJ órgão central da Justiça à medida que ele emite norma aperfeiçoamento do trabalho do sistema judiciário, o que se verificará em outras normativas que serão analisadas a seguir, funcionando como instrumento capaz de impulsionar uma efetiva política de atenção integral às pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei (Correia; Almeida, 2017).

Resolução nº 04/2010, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

A Resolução nº 04/2010, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (Brasil, 2010b) marca outro importante passo na caminhada antimanicomial que a normativa brasileira vem tecendo. A princípio, é válido pontuar que a Resolução foi publicada pouco tempo após a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida no período compreendido entre 27 de junho a 1 de julho de 2010. No Relatório da IV CNSM é possível observar as moções empreendidas no evento, dentre as quais uma se destaca: a Moção pela construção de estratégias para o fim dos manicômios judiciários no país.

Ainda que não esteja diretamente relacionada com a Conferência, a Resolução nº 04/2010 do CNPCP trouxe a recomendação da adoção da política antimanicomial no que tange à atenção aos “pacientes judiciários” e à execução da medida de segurança. É interessante perceber como o órgão estava atento ao debate público sobre a temática.

O §1º, do art. 1º da Resolução, por sua vez, faz referência ao redirecionamento ao modelo assistencial de tratamento e cuidado em saúde mental que deve acontecer de modo antimanicomial, em serviços substitutivos em meio aberto, reflexo da Lei 10.2016/2001. Com

base nisso, são fornecidas orientações para facilitar a reintegração social dessa população, garantindo seu acesso aos direitos e à participação na comunidade, reafirmando a importância de priorizar a prestação de cuidados em saúde mental fora de ambientes institucionais, de forma a preservar os laços sociais existentes (Brasil, 2010b).

Contudo, o dispositivo determinante da citada Resolução que estimula um grande avanço é o seu art. 6º, quando expressa:

O Poder Executivo, em parceria com o Poder Judiciário, irá implantar e concluir, **no prazo de 10 anos**, a substituição do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança para o modelo antimanicomial, valendo-se do programa específico de atenção ao paciente judiciário (Brasil, 2010b, grifos da autora).

A Resolução se mostra objetiva e traz, pela primeira vez, um prazo para adoção do modelo antimanicomial no cumprimento da medida de segurança. Atribuiu-se aos Poderes Executivo e Judiciário a instituição e conclusão desse processo no prazo de 10 anos, ou seja, até o ano de 2020. Contudo, o prazo não foi observado. Mesmo após a publicação da Resolução, os muros manicomiais judiciários se mantiveram de pé, ignorando a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Inúmeras são as denúncias de violações de direitos humanos recebidas diariamente de pessoas internadas em HCTPs em condições indignas e desumanas. Essa instituição, como já apontado no capítulo anterior, perpetua a lógica do manicômio judiciário apesar da alteração de sua nomenclatura.

É nesse sentido que no presente ano, em 2023, outra Resolução, dessa vez do Conselho Nacional de Justiça, viria a implantar a Política Antimanicomial no Poder Judiciário, determinando a desativação de todos os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico para pessoas com deficiência psicossocial autoras de delitos, a ser tratada em tópico próprio no último capítulo do presente trabalho.

Por fim, a Resolução de 2010 do CNCPA ainda dispôs que deveria ser realizado um levantamento estatístico a cada três meses a fim de se ter dados sobre as medidas de segurança impostas e executadas, de incumbência de equipe constituída pelo Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social e Conselho Nacional de Justiça.

Parecer Sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a Perspectiva da Lei 10.216, de 2001, da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal

Além da edição de normativas pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, do Congresso Nacional, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária e do Conselho Nacional de Justiça, o Ministério Público Federal, por intermédio da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, também produziu documento importante para a implantação de um novo paradigma para a execução das medidas de segurança, editando e publicando em 12 de maio de 2011 um Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a Perspectiva da Lei 10.216, de 2001.

Como o próprio nome indica, trata-se de uma revisão sobre o tratamento jurídico-legislativo dispensado à pessoa com deficiência psicossocial em conflito com a lei, cumprindo medidas de segurança no país. A princípio, é importante pontuar que apesar do Parecer não possuir caráter normativo, não tendo força vinculante de uma norma legal, a autora optou por inserir o referido documento neste capítulo, considerando-o significativo na mobilização antimanicomial e no envolvimento com o tema da Reforma Psiquiátrica, compondo tarefa relevante no âmbito jurídico-político.

Este Parecer, exarado no bojo do Inquérito Civil Pùblico nº 1.00.000.004683/2011-80 da Procuradoria Federal dos Direitos dos Cidadãos, é fruto do estudo de uma comissão multidisciplinar constituída por reconhecidas autoridades em atenção psicossocial que analisou a legislação penal, processual penal e a lei de execuções penais no que tange o cumprimento de medidas de segurança, tanto ambulatoriais, quanto de internação em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), à luz da lei n. 10.216/2001.

Os objetivos do Parecer são esclarecidos na parte introdutória do documento. Dentre eles, cita-se: o fornecimento de elementos para definição de estratégias do MPF com relação às políticas públicas em Atenção Psicossocial voltadas às pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei; a garantia dos direitos destes por meio de efetiva política pública de saúde mental; a verificação se a Política Nacional de Saúde Mental vem sendo efetivada nos HCTPs (PFDC, 2011c).

Para Weigert (2015), esse documento é crucial ao fornecer informações sobre as políticas antimaniciais no contexto do cumprimento das medidas de segurança no país, em particular, os programas PAI-PJ e PAILI (tratados neste trabalho em capítulo posterior). Para a autora, conhecer os resultados desses programas é importante para avaliar se há uma diferença entre o temor baseado na ideia de que os infratores considerados mentalmente doentes devem ser internados e afastados da sociedade, devido ao receio de que voltem a cometer crimes ao serem liberados.

Nas considerações finais do documento, à vista do estudo realizado, é apontado que o sistema de execução da medida de segurança no país é uma das maiores violações aos direitos humanos das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei (PFDC, 2011c).

São nessas considerações que a Comissão propõe, dentre outros: a criação de uma agenda política, social e jurídica voltada para implementar os direitos das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei; a priorização de medidas alternativas à privação de liberdade; o fomento da participação da sociedade civil no debate sobre a temática; a determinação da internação como último recurso, bem como uma revisão da legislação codificada penal, processual penal e da execução penal, adequando-as à Lei n. 10.216/2001 no que concerne à medida de segurança, especialmente à noção de cessação de periculosidade.

Em relação a tais propostas, são traçadas algumas críticas. Quanto à criação da agenda política, social e jurídica acima retratada, Rodrigues (2022) problematiza que essa orientação não pode ser encarada como solução à violação sistemática de direitos humanos da pessoa com deficiência psicossocial, mas em contrapartida a isso, dever-se-ia caminhar no sentido de uma reforma legislativa que se alie a políticas públicas e saia do papel, sendo efetivamente implementadas.

Outra crítica feita é em relação à participação da sociedade. Rodrigues (2022) aponta o estigma que ainda reverbera na sociedade brasileira sobre as pessoas com deficiência psicossocial, estejam elas em conflito com a lei ou não. Aponta que, nesse caso, “encontrar voluntários para essa missão, talvez, seja só uma triste ilusão vinda do parecer do Ministério Público Federal”.

Ademais, ainda no campo de suas proposituras, o Parecer coloca como premente a extinção dos HCTPs aliado ao redirecionamento de todos os recursos federais e estaduais utilizados em sua manutenção para a “implementação e expansão dos diversos dispositivos da rede de atenção psicossocial” (PFDC, 2011c). Dessa forma, essa disposição não apenas recomenda a eliminação dos atuais HCTPs, mas também proíbe a construção de estabelecimentos semelhantes para substituí-los, tanto nos estados onde eles já existem quanto nos estados que ainda não têm esse tipo de instituição. Essa orientação, contudo, é fruto da herança do debate travado e das diretrizes orientadas anos antes da publicação da própria Lei da Reforma Psiquiátrica, ainda na II Conferência Nacional em Saúde Mental, realizada em 1992.

A Recomendação nº 35, de 12 de julho de 2011 do Conselho Nacional de Justiça, assim como foi a Resolução 113/2010 do mesmo órgão, também dispôs sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos “pacientes judiciários” e a execução da medida de segurança. A partir desta Recomendação, propôs-se aos tribunais a adoção de sentenças em meio aberto na execução de medidas de segurança. Para isso, foi sugerida a criação de grupo de trabalho interdisciplinar que auxilie o Judiciário quando se tratar de pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei, bem como que a realização de exames periciais seja feita por equipe multiprofissional.

É orientado também que nos casos que a internação for realmente necessária, a mesma ocorra no âmbito da rede de saúde pública ou conveniada, com acompanhamento do programa de atenção especializado. Em detrimento a isto, incentiva-se o diálogo e parcerias com a sociedade civil e as políticas públicas já existentes, a fim de buscar a intersetorialidade necessária.

Por fim, a Recomendação reitera o que já traziam documentos anteriores sob o olhar da Reforma Psiquiátrica como estratégias da desinstitucionalização: a orientação para que o tratamento ocorra sem que o paciente se afaste do meio social em que vive, visando sempre a manutenção dos laços familiares e a promoção da reinserção social das pessoas que estiverem sob tratamento em hospital de custódia, como se mostra a seguir:

- e) permissão, sempre que possível, para que o tratamento ocorra sem que o paciente se afaste do meio social em que vive, visando sempre à manutenção dos laços familiares;
- g) promoção da reinserção social das pessoas que estiverem sob tratamento em hospital de custódia, de modo a fortalecer suas habilidades e possibilitar novas respostas na sua relação com o outro, para buscar a efetivação das políticas públicas pertinentes à espécie, principalmente quando estiver caracterizada situação de grave dependência institucional, consoante o art. 5º da Lei no 10.216/2001 (Brasil, 2011a).

Novamente se verifica uma referência direta ao art. 5º da Lei da Reforma Psiquiátrica, que trata da política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida para além do tratamento adequado e da proteção de direitos durante o processo legal e o cumprimento das medidas de segurança.

Portaria nº 3.088/2011, do Ministério da Saúde

A partir da Portaria 3.088/2011, do Ministério da Saúde, é instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a Reforma Psiquiátrica, foi evidenciada a ideia de substituir os hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia por uma rede de serviços de atenção psicossocial, ao mesmo tempo em que se promove uma mudança na forma como a sociedade encara a deficiência psicossocial. Isso envolve a participação ativa da comunidade na política de saúde mental, por meio de ações coletivas e grupos que buscam mudar a cultura na sociedade com vistas à desvinculação da loucura de instituições hospitalares, por meio de um processo de desospitalização e desinstitucionalização da loucura.

Qualquer tipo de assistência em saúde mental deve seguir as diretrizes estabelecidas na Lei nº 10.216/2001, que funciona como um estatuto jurídico destinado a proteger e assegurar os direitos das pessoas que sofrem de transtornos mentais. Assim, “o lugar do louco deixou de ser o manicômio para ser a vida em sociedade; e, para garantir a assistência à saúde mental no território da cidade, atuam os dispositivos substitutivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial” (Caetano; Tedesco, 2021, p.5)

Estruturada em unidades de serviços comunitários e abertos, a RAPS pode ser compreendida como uma rede de atendimento que se volte para a assistência da pessoa com deficiência psicossocial no território, de forma que envolve e fortalece os vínculos familiares e sociais do usuário do serviço.

A RAPS acolhe pessoas egressas do sistema de justiça criminal submetidas ao cumprimento de medida de segurança. O art. 11 da citada Portaria dispõe que são pontos de atenção na RAPS nas Estratégias de Desinstitucionalização os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

Os moradores dos SRTs devem ser atendidos e acompanhados por profissionais dos Serviços comunitários da RAPS (Brasil, 2022). Esta, por sua vez, é composta por serviços e equipamentos variados de atenção à saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral em Hospitais Gerais e nos Caps III (Brasil, 2013). Estes serviços estão presentes tanto na Atenção Básica de Saúde, como na Atenção Psicossocial Estratégica, também sendo estratégias de desinstitucionalização.

A implantação da Rede foi importantíssima para a promoção de direitos da pessoa com deficiência psicossocial em conflito com a lei à medida que foi possível vislumbrar, mediante essa articulação, de um novo “lugar” para acolherem os “loucos infratores”, visto que seria depois previsto que a medida de segurança deveria ser cumprida a partir de fluxos estabelecidos entre o Judiciário e a RAPS.

A percepção sobre a necessidade de uma abordagem intersetorial que reconheça a atenção à saúde das pessoas em medidas de segurança, bem como a atenção à saúde da população carcerária em geral, a ser alinhada com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), impulsionou uma parceria entre os Ministérios da Justiça e da Saúde, que teceram normativas que dialogam sobre a temática, algumas, inclusive, em atuação conjunta. Reflexo dessa compreensão e do debate já travado na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, prevaleceu-se a concepção de que a RAPS, integrante do SUS, deve partilhar com ele a responsabilidade pelo tratamento das pessoas que estão sujeitas a medidas de segurança.

Portaria Interministerial nº 1/2014

A Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, publicada pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, estabeleceu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). A partir desse momento, os serviços de atenção à saúde passaram a ser disponibilizados para toda a população carcerária, não se limitando mais exclusivamente às penitenciárias. É possível notar que esse documento e as demais Portarias a seguir mencionadas expedidas pelo Ministério da Saúde, assimilam as orientações anteriores do CNPCP e do CNJ.

Até então, o que se tinha era o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), aprovado por meio da Portaria Interministerial nº 1777/2003, que foi revogado quando implementada a nova política (Brasil, 2014e). Como já tratado anteriormente, o PNSSP contemplava, essencialmente, “a população recolhida em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e/ou agroindustriais e hospitais de custódia e tratamento, não incluindo presos do regime aberto e presos provisórios, recolhidos em cadeias públicas e distritos policiais” (Brasil, 2005b, p.12).

A PNAISP, por sua vez, foi desenvolvida após uma avaliação de dez anos de aplicação do PNSSP e surgiu com o propósito de superar as dificuldades enfrentadas deste, que estava limitado pois o modelo anterior não abrangia todas as etapas da experiência das pessoas no sistema prisional. Com a PNAISP, o público-alvo da política aumenta, abrangendo para além

daqueles sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança as pessoas não amparadas pelo PNSSP, quais sejam aquelas em regime aberto e em prisão e internação provisórias, e também agentes de segurança e familiares (Brasil, 2014e).

A Portaria Interministerial 1/2014 surge por uma mudança ocorrida no ano anterior, 2013, quando houve uma alteração no nome da Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário, que passou a ser chamada de Área Técnica de Saúde no Sistema Prisional, o que culminou na publicação do documento.

Essa Área Técnica de Saúde trabalhava em estreita colaboração com órgãos responsáveis pela gestão do sistema prisional, tratando-se de uma estrutura ou departamento dentro do sistema penitenciário responsável por coordenar e gerenciar os serviços de saúde prestados aos detentos ou pessoas privadas de liberdade que estavam cumprindo penas em instituições prisionais. O intuito é garantir que os custodiados pelo sistema penitenciário brasileiro tivessem acesso adequado aos cuidados médicos, tratamento de doenças e promoção da saúde, de acordo com as normas e regulamentações aplicáveis.

A mudança de nome para Área Técnica de Saúde **no Sistema Prisional** indica uma ampliação no escopo de atuação, que agora abrange não apenas penitenciárias, mas também outras instalações prisionais, como cadeias e centros de detenção, que custodiam pessoas presas provisoriamente. Ao mesmo tempo, a ampliação na atuação também reflete uma mudança na abordagem para uma atenção mais abrangente à saúde das pessoas privadas de liberdade em todo o sistema prisional.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) foi estabelecida em conformidade com a Lei de Execução Penal e a Lei nº 10.216/2001, bem como com outros instrumentos que garantem o direito à saúde de forma completa e universal e fundamentada em princípios como o respeito aos direitos humanos, a justiça social e a equidade.

Quanto às diretrizes contidas na Portaria Interministerial que estabeleceu a PNAISP, algumas delas merecem destaque. Isso inclui a promoção da cidadania e a inclusão das pessoas privadas de liberdade, bem como o respeito às diversidades étnico-raciais, socioeconômicas, de gênero e outras características individuais, incluindo deficiências físicas e mentais. Essas diretrizes visam garantir que a assistência à saúde no sistema prisional seja abrangente, justa e sensível às diferentes necessidades e contextos das pessoas privadas de liberdade.

Destaque para o artigo 7º, §2º da Portaria, que estabelece que as pessoas submetidas à medida de segurança de tratamento ambulatorial serão assistidas nos serviços da rede de atenção à saúde. O artigo 12 desta Portaria Interministerial, por sua vez, aduz que “a estratégia e os serviços para avaliação psicossocial e monitoramento das medidas terapêuticas aplicáveis às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, instituídos no âmbito desta Política, serão **regulamentados em ato específico do Ministério de Estado da Saúde**” (Brasil, 2014e, grifos da autora). É nesse sentido que surgem as Portarias 94 e 95, do Ministério da Saúde, tratadas a seguir.

Por buscar garantir que as pessoas em situação de detenção tenham acesso adequado aos cuidados de saúde ao longo de todo o seu período no sistema carcerário, é razoável considerar que tais mudanças representaram um avanço significativo na garantia e proteção dos direitos humanos no Brasil, além de estarem alinhadas com a Constituição Federal de 1988, em seu art. 196, que estabelece que a saúde é um direito de todos e uma responsabilidade do Estado brasileiro.

Portaria nº 94/2014, do Ministério da Saúde

A Portaria n. 94/2014, do Ministério da Saúde, institui o serviço de avaliação e acompanhamento das medidas de segurança no âmbito do SUS, dialogando com as orientações anteriores do CNPCP e do CNJ. Além de regulamentar a Portaria Interministerial nº 1/2014 já mencionada.

É a partir da Portaria n. 94/2014 que se prevê a criação de uma equipe multidisciplinar que leva o nome de “Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei” (EAP). Conforme o art. 4º da Portaria, a EAP tem por objetivo apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei na Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2014c).

Trata-se, portanto, de uma equipe multidisciplinar que avalia e acompanha as medidas de segurança no âmbito do SUS, individualizando-as conforme as singularidades e as necessidades de cada caso, devendo garantir o acesso e a qualidade do tratamento em todas as fases do processo criminal.

Dentre suas atribuições estão a realização de avaliação biopsicossocial decorrente dos incidentes de insanidade mental, como estratégia para reduzir o tempo de espera das pessoas que aguardam decisão judicial nos presídios e nos manicômios judiciários (Almeida; Correia,

2017). O §2º do art. 4º da referida Portaria aduz que as avaliações devem respeitar o caráter de urgência e as singularidades de cada caso, não podendo exceder a 30 (trinta) dias, a contar da data da sua instauração pelo judiciário.

Conforme a Cartilha do Ministério da Saúde sobre as EAPs, a coordenação destas é de responsabilidade do gestor estadual da saúde ou mesmo do gestor municipal, caso haja interesse, e mediante pontuação (Brasil, 2014b).

As proposições apresentadas perante as avaliações deve estar em diálogo com a Lei 10.216/2001 e com os princípios da PNAISP, priorizando medidas de base comunitária. Ademais, a equipe deve identificar programas e serviços da rede pública de saúde e assistência social, bem como de direitos de cidadania necessários para o cuidado das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei.

Também é atribuição da EAP acompanhar a execução da medida terapêutica, atuando como a ponte entre órgãos de Justiça, as equipes da PNAISP e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania (Brasil, 2014c). Nesse ínterim, na articulação entre as administrações das unidades manicomiais carcerárias, a EAP dialoga com órgãos como os Tribunais de Justiça, a Defensoria Pública e o Ministério Público.

Para Almeida e Correia (2017), as atribuições designadas à EAP devem contribuir com o efetivo processo de desinstitucionalização deste público. Contudo, também é válido ressaltar a crítica pertinente de Silva (2015), quando aduz que apesar de ser um instrumento importante para a desinstitucionalização das pessoas em medida de segurança, algumas questões problemáticas comprometem esse processo, como o número de pessoas da equipe em comparação à demanda de trabalho que lhe é designada (são previstos cinco profissionais na composição da equipe).

Apesar dos problemas previstos, é indiscutível seu papel crucial na efetivação de um tratamento justo, adequado e humano para as pessoas com deficiência psicossocial que estão com entraves no sistema de justiça.

Portaria nº 95/2014, do Ministério da Saúde

A Portaria 95/2014 foi publicada no mesmo dia que a Portaria 94/2014 e, também surge sob as bases das orientações anteriores do CNPCP e do CNJ. Contudo, esta nasce com o intuito de regulamentar a Portaria Interministerial nº 1/2014 em relação ao financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento das medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do SUS.

Considerando a necessidade de garantir recursos financeiros para a implementação da Equipe de Avaliação e Acompanhamento, determina-se o incentivo financeiro fixo, no valor unitário de R\$ 66.000,00 (sessenta e seis mil reais) mensais, para custeio do serviço (Brasil, 2014d). Em relação a isso, Silva (2015) aponta o valor do financiamento como um problema identificado na Portaria, uma vez que se trata de quantia considerada irrigária para a manutenção deste tipo de equipe.

O número de serviços que podem receber financiamento, em cada estado brasileiro, dependerá da necessidade local e dos limites orçamentários definidos pelo Ministério da Saúde para o ano financeiro em questão, no momento da solicitação. Ademais, conforme o art. 3º da Portaria, os recursos federais referentes ao custeio do serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei serão repassados, mediante transferência, regular e automática, pelo Fundo Nacional de Saúde aos respectivos fundos de saúde (2014d).

Importante ressaltar que no ano de 2020, em razão de corte massivo do financiamento do SUS e não atendimento às prioridades da saúde mental, a Portaria 95/2014 foi revogada pela Portaria nº 1325, de 18 de maio de 2020, do Ministério da Saúde.

Com a revogação, retirou-se o fundamento de validade do Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) e, consequentemente, também atingiu os estados da Federação que ainda não haviam implantado o serviço ou os que estavam no processo, como é o caso do Espírito Santo, da Paraíba e do Rio Grande do Sul. Consoante a isso, são tecidas várias críticas bem fundamentadas à revogação da mencionada Portaria na Nota Técnica publicada em 03 de junho de 2020 pelo Colégio Nacional dos Defensores Públicos Gerais (CONGEDE), assinada por Defensorias Públicas do Brasil e diversas instituições da sociedade civil.

Com a mobilização que ocorreu com a revogação da Portaria, o Ministério da Saúde, dois meses após a revogação, reavaliou a estratégia de desvalorização do sistema de saúde e acertou na publicação da Portaria nº 1.754, de 14 de julho de 2020 que revogou a Portaria nº 1325/2020 e reabriu a Portaria 95/2014, que continua em vigor nos dias atuais.

Resolução nº 04/2014, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

A Resolução 04/2014, do Conselho Nacional de Política de Política Criminal e Penitenciária, foi responsável por aprovar as Diretrizes Básicas para Atenção Integral à Saúde

das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, aplicáveis a quaisquer estabelecimentos que mantenham pessoas privadas de liberdade, em caráter provisório ou definitivo, o que incluem os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico mesmo que não tenha referência direta, dada a abrangência geral que se dispõe a normativa.

Ponto importante a ser observado no documento é sua diretriz 2.16, que aduz:

As ações de saúde mental deverão considerar as necessidades da população privada de liberdade para prevenção, promoção e tratamento de agravos psicossociais, decorrentes ou não do confinamento e do uso abusivo de álcool e outras drogas. Para as pessoas com qualquer transtorno mental suspeito ou já diagnosticado, que se encontrem em conflito com a Lei, a atenção deverá ser orientada de acordo com a Lei no 10.216/2001 e as Portarias no 3.088/2011 e no 94/2014, mediante a adoção de projeto terapêutico singular e na rede de atenção psicossocial (Brasil, 2014a).

Novamente se vê uma normativa no sentido de aliar o cumprimento da medida de segurança com a Lei 10.216/2001, considerando o cuidado na Rede de Atenção Psicossocial RAPS e a individualidade do caso adotando o Projeto Terapêutico Singular (PTS), redação intrinsecamente ligada outro documento, objeto de interesse da presente pesquisa, publicado nove anos depois: a Resolução nº 487/2023, publicada pelo Conselho Nacional de Justiça, a ser tratada adiante.

Nesse momento é importante compreender que já se previa em termos gerais que a medida de segurança deveria ser compreendida de forma a ocorrer quando servir de recurso terapêutico adequado ao âmbito do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Este, por sua vez, trata-se do conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar e elaborado pelo serviço de referência da rede que se insere(m) o(s) indivíduo(s). Ademais, também já se previa que a medida de segurança deveria ser cumprida a partir de fluxos estabelecidos entre o Judiciário e a RAPS.

Resolução nº 487/2023, do Conselho Nacional de Justiça

Apesar da correlação de forças e tensões inerentes aos conflitos do âmbito da reforma psiquiátrica e da resistência na prática do acesso ao direito e à justiça das pessoas em sofrimento mental, em 15 de fevereiro do corrente ano foi publicada a Resolução nº 487/2023, assinada pela presidente do Conselho Nacional de Justiça, ministra Rosa Weber, instituindo a Política Antimanicomial do Poder Judiciário no âmbito do processo penal e da execução das

medidas de segurança, apontando um prazo para o fechamento dos denominados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

A aplicação das diretrizes trazidas pela Lei 10.216/2001 representa mais um avanço (e mais atual) no cumprimento das medidas de segurança, em que seja possível a implantação de um modelo de atenção integral, que estabeleça o elo entre o Poder Judiciário e os profissionais de saúde envolvidos com o usuário.

Em razão da atualidade, importância e do maior debate a ser feito sobre o referido documento, optou-se no presente trabalho por melhor analisar essa Resolução em tópico próprio no capítulo seguinte.

Para finalizar esse segundo momento do trabalho, comprehende-se que os documentos aqui analisados evidenciam que há dispositivos legais que promovem a desinstitucionalização das pessoas que foram submetidas a medidas de segurança. A relevância das normas e programas aqui discutidos reside no reconhecimento de que as pessoas confinadas nos manicômios judiciários do país devem contar com orientações que dialoguem entre as searas da saúde, da justiça e da segurança, estabelecendo o acesso ao direito e à justiça de um grupo que historicamente é tão violentado.

As redações da normativa brasileira, nesse sentido, representaram um avanço significativo na criação de novos indicadores e diretrizes para repensar a política de assistência às pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei, buscando uma abordagem mais humanizada e adequada no tratamento desses indivíduos.

Contudo, faz-se importante problematizar em que medida tais normativas vêm, de fato, sendo cumpridas. Apesar dos progressos nas regulamentações destinadas às pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei, ainda existem diversos desafios a serem enfrentados, havendo uma necessidade premente de garantir que a cidadania desses indivíduos não seja apenas uma teoria impressa nas páginas frias da legislação (Lhacer, 2013). Essas iniciativas ainda encontram óbices em ecoar no âmbito estadual do Poder Judiciário e na prática dos “hospitais-prisões”, que recorrentemente violam os direitos das pessoas sob sua custódia.

Diante disso, o olhar sobre as fissuras jurídicas no sistema de justiça rumo às práticas desinstitucionalizantes nos manicômios físicos e mentais deve estar atento às dificuldades e desafios, mas também esperançoso por tudo já conquistado, voltando-se à luta por mais conquistas a serem alcançadas.

Para melhor compreensão do histórico de normas aqui traçado, foi construída uma tabela que as sintetiza por órgão responsável, normativa por ano e o que dispõe o documento.

ÓRGÃO RESPONSÁVEL	NORMATIVA	O QUE DISPÕE?
Ministério da Saúde	Portaria nº 106/2000	Instituiu os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental
	Portaria nº 3.088/2011	Instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)
	Portaria nº 94/2014	Instituiu o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do SUS.
	Portaria nº 95/2014	Dispôs sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do SUS.
Presidência da República	Decreto nº 4.229/2002	Instituiu o Programa Nacional de Direitos Humanos II (PNDH)
	Lei nº 10.708/2003	Instituiu o Programa De Volta para Casa
	Decreto nº 6.949/2009	Promulgou a Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo
	Decreto nº 7.037/2009	Aprova o Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH-3 e dá outras providências
Ministério da Saúde Ministério da Justiça	Portaria Interministerial nº 1777/2003	Aprovou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
	Portaria Interministerial nº 1/2014	Estabeleceu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).
Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária	Resolução nº 05/2004	Dispôs sobre diretrizes para a adequação das medidas de segurança às disposições da Lei nº 10.216/2001
	Resolução nº 04/2010	Recomendou a adoção da política antimanicomial no que tange à atenção aos pacientes judiciários e à execução da medida de segurança.
	Resolução nº 04/2014	Aprovou as Diretrizes Básicas para Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
	Resolução nº 113/2010	Dispôs sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança
	Recomendação nº 35/2011	Dispôs sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes

Conselho Nacional de Justiça		judiciários e a execução da medida de segurança
	Resolução nº 487/2023	Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança
Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal ⁷	Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a Perspectiva da Lei 10.216, de 2001	Trouxe uma revisão sobre o tratamento jurídico-legislativo dispensado à pessoa com deficiência psicossocial em conflito com a lei, cumprindo medidas de segurança no país.

Tabela 2 - Resumo da produção da normativa brasileira sobre medidas de segurança e HCTPs, especialmente após a publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica (elaboração da autora).

⁷O Parecer analisado não possui caráter normativo, mas está presente na tabela tão somente em razão de ter sido estudado neste capítulo. A escolha de sua inserção se deu tendo em vista que se trata de um documento institucional, que revela a mobilização político-jurídica de um órgão do Sistema de Justiça.

4 CONTRA O PESSIMISMO DA LEGISLAÇÃO PENAL, A VANGUARDA DA PRÁTICA ANTIMANICOMIAL

4.1 PROBLEMATIZAÇÕES SOBRE A ATUAL LEGISLAÇÃO PENAL QUANTO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA PSICOSSOCIAL EM CONFLITO COM A LEI

No primeiro capítulo, analisaram-se marcos que repercutiram o debate público sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e os reflexos que eles causaram em uma nova visão da temática sob o enfoque antimanicomial. No capítulo anterior, por sua vez, foram analisados Programas, leis, portarias, recomendações e resoluções, produzidas especialmente após a Lei da Reforma Psiquiátrica, sob o propósito de adequação das diretrizes nacionais para o cumprimento das medidas de segurança, incluindo a recomendação da extinção progressiva dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs). Neste momento, como consequência dos anteriores, buscar-se-á compreender a repercussão dos debates e da normativa antimanicomial produzida quanto às pessoas em sofrimento mental ou com deficiência psicossocial em conflito com a lei na legislação penal.

A Constituição Federal, base, limite e coração do ordenamento jurídico, estabelece em seu artigo 196 que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, por meio de políticas públicas de acesso universal e igualitário com vistas à promoção, proteção e recuperação do indivíduo (Brasil, 1988). Desse preceito constitucional, pode-se extraír que todas as pessoas, independentemente da natureza de sua condição, devem estar asseguradas no acesso à sua recuperação e tratamento, que deve ser promovido a fim de proteger sua incolumidade.

No Plano de Ação da Organização Mundial de Saúde (2013-2020) se estabeleceu que “não há saúde sem saúde mental” (OMS, 2013). Nessa ótica, a saúde mental deve ser compreendida dentro da concepção atribuída acima pela Carta Magna de 1988.

A reforma psiquiátrica no Brasil, que protagonizou a promulgação da Lei Federal nº 10.216/2001 e foi aprofundada pela Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), somadas ao arcabouço legal já discutido, construído a partir da intervenção direta dos movimentos sociais, organizações da sociedade civil, autoridades e órgãos públicos, foram responsáveis por incitar a promoção da releitura dos institutos de direito penal, processual penal, bem como da execução penal, especialmente no que tange à execução de medidas de segurança. Isso porque o instituto da medida de segurança, conforme previsto no Código Penal (1940), no Código de Processo Penal (1941) e na Lei de Execução Penal (1984) não dialoga concretamente com a normativa antimanicomial.

A princípio, é importante ressaltar que a Lei da Reforma Psiquiátrica e a CDPD, que foi ratificada pelo Brasil em 2009, são normas especiais e mais recentes do que as leis de natureza penal. A CDPD, devido à sua natureza jurídica como Emenda à Constituição Federal, possui um status superior. Portanto, ela também influencia a hierarquia das normas legais, o que pode ser usado para se sobrepor a indícios manicomiais antiquados presentes no Código Penal, Processual Penal e de Execução Penal.

Dentre as diretrizes da normativa antimanicomial que irrompe no cenário brasileiro quando cresce o debate sobre as medidas de segurança e HCTPs no contexto pós Reforma Psiquiátrica, estabelece-se que a medida de segurança deve ser cumprida em instituição que proporcione integral assistência aos usuários, abrangendo serviços médicos, assistência social, suporte psicológico e oportunidades de lazer e que os “casos de reagudização de sintomatologia deverão ser tratados no serviço de referência local”. (Brasil, 2004). Não se pode olvidar que a conversão do tratamento ambulatorial em internação deve ser baseada estritamente em critérios clínicos, não sendo suficiente a ausência de apoio sociofamiliar como justificativa.

Diante dessa trajetória, o instituto penal da medida de segurança, imposta por decisão judicial, deve ser compreendido como uma forma de tratamento em saúde mental, em conformidade com os princípios da reforma psiquiátrica. No entanto, ainda que o referido instituto não seja enquadrado como pena pelo Código Penal Brasileiro, sua execução o aponta muito mais como sanção penal do que como medida terapêutica, “tendo em vista o seu caráter indeterminado e compulsório” (Almeida, 2021). Esse caráter punitivo pode ser comprovado mediante os dados apresentados no censo populacional, coordenado por Débora Diniz, em 2011, quando analisou casos de execução da medida de segurança nos Hospitais de Custódia e Tratamento no Brasil, como se vê:

Para a cultura dos direitos humanos, bastaria um único indivíduo injustamente internado para nos provocar inquietudes éticas sobre a moralidade do modelo de confinamento para correção psiquiátrica. O censo encontrou algo muito mais atroz: pelo menos um em cada quatro indivíduos não deveria estar internado; e para um terço deles não sabemos se a internação é justificada. Ou seja, para 1.866 pessoas (47%), a internação não se fundamenta por critérios legais e psiquiátricos. São indivíduos cujo direito a estar no mundo vem sendo cotidianamente violado (DINIZ, 2013, p.17).

Faz-se importante apontar que antes da promulgação da Lei 10.216/2001, parâmetro no presente estudo, houve a revogação da presunção da periculosidade na aplicação da medida de segurança no Código Penal Brasileiro com a reforma penal de 1984. No entanto, apesar da alteração de dispositivos que poderiam apontar para um cenário mais esperançoso, não houveram mudanças concretas. O CP não eliminou completamente este termo do debate

jurídico, considerando que seu art. 97, §1º determina até os dias atuais que “o tratamento definido perdurará por tempo indeterminado até que seja comprovada, por meio de uma perícia médica a cessação da periculosidade” (Brasil, 1940). Nesse mesmo passo, caminha a Lei de Execução Penal, ao mencionar o exame de cessação de periculosidade, nos seus artigos 175 a 179 (Brasil, 1984).

Ora, se o que se trata é a “cessação” de periculosidade, é inequívoca a percepção que a exigência de realizar um exame para verificar o término da capacidade de perigo que o indivíduo pode oferecer, decorre logicamente da sua preexistência, posto que para que algo cesse, é necessário que ele exista e ocorra. Ou seja, a fundamentação para a aplicação da medida de segurança em casos envolvendo pessoas com transtornos mentais ainda se baseia na pressuposição de periculosidade. Mesmo após uma dita “reforma”, os efeitos conservadores das gêneses de tais legislações continuam reverberando na atualidade, produzindo manicomialidades.

Ademais, a própria mudança de nomenclatura de “manicômio judiciário” para “Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico” no CP não significou alteração da essência dessas instituições. Para Bitencourt (2023), a nova nomenclatura se trata apenas de uma expressão eufemística, do qual o legislador, ainda que com boa intenção, utilizou-se a fim de definir o velho e limitado Manicômio Judiciário. Isso porque o Estado brasileiro não empregou nenhum recurso para desconstruí-lo. O Código de Processo Penal (CPP), por sua vez, ainda continua tão defasado, que nem mesmo mudou sua nomenclatura.

O art. 150 do CPP ainda se utiliza da expressão “manicômio judiciário” para definir o local da internação em caráter temporário do indivíduo que será submetido ao procedimento de incidente de insanidade mental. O mesmo ocorre com o art. 682 do mesmo diploma legislativo, que indica expressamente o “manicômio judiciário, ou, à falta, em outro estabelecimento adequado” como o destino do infrator que lhe tenha sobrevindo transtorno mental já no cumprimento de pena. Ora, após tantos passos dados na desconstrução do manicômio, a escolha de não revisar o Código Processual Penal é simbólica no sentido de revelar que os manicômios ainda estão presentes no Direito brasileiro, que nem mesmo sofre as devidas reformas, sequer vislumbra sofrer alguma revolução antimanicomial.

Isso demonstra que apesar do fortalecimento da luta antimanicomial e da promoção de maiores debates sobre a temática das medidas de segurança e dos HCTPs mediante a construção de uma normativa que se adequasse ao novo paradigma de assistência em saúde mental, a legislação penal não sofreu significativas mudanças, o que a faz permanecer assentada em noções ultrapassadas de inimputabilidade e periculosidade. Estas continuam isoladas em

manicômios judiciários, alheias aos preceitos advindos da reforma psiquiátrica. (Prado, 2016; Carvalho; Weigert, 2013).

Nessa ótica, também é oportuno compreender como o termo “periculosidade” se trata de um conceito frágil e abstrato, no qual teoricamente não deveria ser a base para a imposição e manutenção de sanções penais em um Estado Democrático de Direito, uma vez que se fundamenta nas características pessoais do indivíduo. Sob este entendimento, leciona Caetano (2018, p. 76), aduzindo que "ao se afastar do ato criminoso para focar na punição do próprio indivíduo com base em fatores biopsicológicos, a periculosidade perde sua base de sustentação no quadro constitucional brasileiro". As discussões paulatinamente construídas em torno da desconstrução dessa percepção violadora e as lutas empenhadas pelo afastamento dessa prática segregacionista repercutiram em avanços na prática do cuidado na RAPS, mas ainda não desfez por completo a ideia que as legislações penais brasileiras trazem.

O art. 96 do Código Penal, ao aduzir que “a internação deverá ocorrer em hospital de custódia e tratamento ou, à sua falta, em outro estabelecimento adequado” não define exatamente o que seria esse *estabelecimento adequado*, mas dá uma pista no art. 99 do mesmo diploma legislativo quando aduz que o internado tem direito de ser “recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares”, para se submeter a tratamento. Queiroz (2020) ressalta que embora esteja identificado como um estabelecimento hospitalar, a instituição mencionada não se vincula às Secretarias Estaduais de Saúde, mas àquelas que administram o sistema prisional. A Lei de Execução Penal, nesse mesmo sentido, reforça a falácia do caráter de “tratamento” das medidas de segurança quando esta norma menciona os hospitais de custódia em seu art. 99, localizado no título IV da lei, que versa sobre os estabelecimentos penais. O parágrafo único deste dispositivo remete ao art. 88 da mesma lei, que versa sobre a estrutura do modelo carcerário, como já foi discutido no primeiro capítulo.

Ainda no que tange a LEP, em seu art. 101, o legislador aduz que “o tratamento ambulatorial deverá ser realizado também em hospital de custódia e tratamento, mas, na sua falta, em outro local com dependência médica adequada”. Aqui, a lei novamente segue sem definição do que seria o citado *local com dependência médica adequada*, nem traz explícita distinção entre este e o “estabelecimento adequado” tratado no Código Penal. O que se comprehende é que quando não houver HCTP, o dispositivo tratado no CP se destina à internação, enquanto o artigo citado da LEP se destina ao tratamento ambulatorial. A doutrina penalista, encabeçada por Bitencourt (2023, p.454) aponta que “na prática, uns substituem os outros; é tudo a mesma coisa!” e que ironicamente, por apresentarem ‘características

hospitalares', os manicômios judiciários têm sido considerados 'estabelecimentos adequados'" (Bitencourt, 2023, p.454).

Os hospitais de custódia por sua vez, local destinado à execução das medidas de segurança quando se impõe a medida de internação (e, como já visto, por vezes também é o destino da execução do tratamento ambulatorial) sobrepõem a mesma ideologia adotada no século XIX com a criação dos manicômios judiciários, que legitimava a privação da liberdade como fonte da exclusão social, violência e silenciamento da pessoa em sofrimento mental em conflito com a lei.

Os arts. 149 a 154 do CPP versam sobre a hipótese em que o acusado no processo penal seja um indivíduo com transtorno mental, de modo que, de acordo com as legislação, essa verificação deve obrigatoriamente ser fundamentada em uma avaliação médico-legal, que subsidiará o incidente de insanidade mental.

Prado e Schindler (2017) aduzem que a medida de internação manicomial continua a ser aplicada como regra no tratamento de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, impedindo-os de receber assistência médica e psicossocial adequada. É inegável, portanto, o pessimismo que a legislação penal ainda carrega em sua essência quanto ao "tratamento" destinado às pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei.

A Reforma Psiquiátrica brasileira e todos os esforços empenhados a partir dela são categóricos na proibição da internação em manicômios judiciários e na necessidade do impedimento do ingresso das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei em instituições com aspectos asilares. A legislação penal, por sua vez, não se adaptou a tal ótica. Nesse segmento, para Queiroz (2020), "a função curativa e a real natureza punitiva das medidas de segurança, se assemelham mais à pena do que a um instrumento terapêutico".

O censo realizado por Débora Diniz, debruçou-se sobre 3.989 dossiês de internação, de 26 estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátricos no Brasil, verificando à época que 41% dos exames de cessação de periculosidade estavam atrasados tendo em vista que à medida que o tempo médio de espera de um laudo psiquiátrico é de 10 (dez) meses, o laudo sobre a cessação de periculosidade demora 32 (trinta e dois) meses para ser produzido (Diniz, 2013).

Ao nos depararmos com esses dados, é inegável se questionar: qual é o cuidado aqui produzido? Venturini (2013, p. 243), nesse aspecto, lança o seguinte questionamento: "é realmente possível pensar em avançar em direção ao fim desse aparato vergonhoso, qual seja o atual tratamento dado ao louco criminoso, apenas modernizando estruturas e confiando na disponibilidade voluntária de funcionários, mas deixando não resolvidas as problemáticas e as contradições legislativas?".

Frente a isso, torna-se fundamental não só uma mera revisão, mas a radicalização na construção de uma nova legislação penal, a fim de alinhar-se com a abordagem antimanicomial estabelecida pela Lei nº 10.216/2001 e, especialmente, com a Convenção Internacional dos Direitos sobre as Pessoas com Deficiência, bem como seus desdobramentos normativos, que preceituam o estabelecimento da medida de segurança como verdadeira medida terapêutica e o fim dos manicômios judiciais disfarçados, enfatizando o cuidado em liberdade e no território.

Nesse sentido, faz-se relevante apontar que há projetos de mudança da legislação penal em curso, pendentes de votação no Congresso Nacional. Em 2009, o Senado apresentou o Projeto de Lei nº 156, recepcionado pela Câmara dos Deputados como Projeto de Lei 8045/2010, que propõe a reforma do Código de Processo Penal. O art. 484 do PL 8045/2010 (Câmara dos Deputados do Brasil, 2010), que substituiria o texto do art. 150 do atual CPP (Brasil, 1941) não mais se utiliza da expressão “manicômio judiciário” para definir o local da internação em caráter temporário do indivíduo que será submetido ao procedimento de incidente de insanidade mental. Ao invés disso, aduz que o indivíduo será encaminhado à instituição de saúde.

O art. 486 do PL 8045/2010, por sua vez, ao tratar do caso de “doença mental” que sobrevém à infração, estabelece em seu §1º que o juiz poderá adotar as medidas cabíveis e necessárias para evitar os riscos de reiteração do comportamento lesivo, **sem prejuízo das providências terapêuticas indicadas no caso concreto**. Ademais, em seu §2º, prevê que poderá ser decretada a internação provisória caso estejam presentes os pressupostos e requisitos da prisão preventiva. Além disso, o mesmo dispositivo ainda impõe limite à internação provisória, sendo este o prazo máximo da pena cominada ao delito imputado.

Outro Projeto de Lei em curso é o de nº 236/2012, que propõe a instituição de um novo Código Penal brasileiro. O art. 95 do PL 236/2012 (Senado, 2012), que substituiria o texto do art. 96 do atual CP (Brasil, 1940a) insere a previsão de que deverão ser observados os direitos das pessoas com deficiência, inclusive os previstos na legislação específica, na aplicação das medidas de segurança. A leitura dessa proposição indica maior comunicabilidade da legislação penal com os direitos humanos no que dispõe a saúde mental, compreendendo-se que ao tratar de “legislação específica”, o art. 95 do PL 236/2012 pode se relacionar com a Lei 10.216/2001, bem como a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência.

Para além disso, o art. 96 do PL 236/2012, que substituiria o texto do art. 97 do atual CP, estabelece em seu §2º um limite máximo no cumprimento da medida de segurança, identificado como a pena cominada ao fato criminoso praticado ou o prazo de trinta anos, nos fatos criminosos praticados com violência ou grave ameaça à pessoa, salvo se a infração for de

menor potencial ofensivo, o que dialoga com os entendimentos do Supremo Tribunal Federal e do Superior Tribunal de Justiça, já discutidos anteriormente.

Também é estabelecido um limite em caso de substituição da pena por medida de segurança para o semi-imputável no art. 97 o PL 236/2012, que substituiria o texto do art. 98 do atual CP. Enquanto a redação do Código Penal de 1940 observa apenas um prazo mínimo (de um a três anos) para a substituição da pena privativa de liberdade pela internação ou tratamento ambulatorial, o PL 236/2012 prevê que o prazo deve ser o mesmo da pena de prisão.

Por fim, em 2013, o Senado apresentou o Projeto de Lei nº156, recepcionado pela Câmara dos Deputados como Projeto de Lei 9054/2017, que propõe a alteração da Lei de Execução Penal. O art. 14 do PL 9054/2017, que substituiria o texto do art. 14 da atual LEP, prevê que as premissas do Sistema Único de Saúde (SUS) deverão pautar a assistência à saúde física e mental do preso. Em consonância a tal determinação, o art. 108, §4º do PL 9054/2017 prevê que “sobrevindo doença mental ou necessidade de internação hospitalar, o condenado será encaminhado ao Sistema Único de Saúde para tratamento adequado” (Câmara dos Deputados do Brasil, 2017).

No entanto, indo em sentido contrário aos citados dispositivos, o PL 9054/2017 também traz menção à internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou estabelecimento similar em seu art. 130-A.

Em face do exposto, comprehende-se que os Projetos de Lei em curso trazem avanços quando comparados à legislação penal brasileira atual, o que pode produzir, em uma percepção otimista e sonhadora, uma esperança futura de superação do conservadorismo legal. No entanto, esse trajeto se dá em passos lentos, considerando o tempo que tais Projetos de Lei foram propostos e continuam tramitando no Congresso Nacional, sem prazo definido para votação. Além disso, apesar dos progressos evidenciados em seus textos, ainda necessitam de maiores atualizações a fim de melhor se comunicarem com a normativa protetiva antimanicomial desenvolvida.

4.2 CAMINHANDO CONTRA O VENTO: DIREITO AO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL SOB A PERSPECTIVA ANTIMANICOMIAL NO SISTEMA DE JUSTIÇA CRIMINAL

As pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei devem ser asseguradas quanto ao seu direito ao cuidado da saúde mental sob a perspectiva antimanicomial, amparando-se no conceito de direitos humanos enquanto processos de luta por dignidade

(Flores, 2008) e com a finalidade do tratamento no território e em liberdade, como trouxe o movimento pela Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial no país, de modo que as políticas públicas em saúde mental sejam assim orientadas.

Na contramão do pessimismo da legislação penal, recheada de imprecisões de conceitos, diversos preconceitos e práticas ultrapassadas, surgem resistências contínuas às adversidades que se apresentam no cenário de defesa dos direitos das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei.

Duas frentes perseverantes se apresentam, sendo a primeira uma recente norma jurídica que enfim estabeleceu uma política antimanicomial no Poder Judiciário e traz papel de destaque do Sistema de Justiça como responsável pelo cumprimento legal de ações antimanicomiais - sendo por isso aqui tratada em tópico específico. Esta, por sua vez, tem relação com a segunda frente de resistência por decorrer das experiências existentes na prática do cuidado em saúde mental antimanicomial deste grupo social, que atravessa os manicômios judiciários e se espelha no tratamento em liberdade e de base comunitária.

Assim como os debates públicos analisados no primeiro capítulo, que se mostraram como megafone das lutas sociais, somados à recente política judiciária antimanicomial e à prática vanguardista, podem ser compreendidas como fissuras antimanicomiais “possíveis por via de um uso emancipatório do direito, com foco na defesa das pessoas em situação de vulnerabilidade, cujas vozes precisamos reverberar por dentro do sistema de justiça” (Magno, 2022). Estas fissuras refletem novos caminhos para o acesso ao direito e à justiça (Correia, 2018), superando a lógica higienista e encarceradora.

4.2.1 A Política Antimanicomial do Poder Judiciário, instituída pelo Conselho Nacional de Justiça

Trata-se da Resolução nº 487, do Conselho Nacional de Justiça, que institui uma política antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e a Lei nº 10.216/2001 no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança (Brasil, 2023b).

É necessário compreender de início que o Conselho Nacional de Justiça, enquanto órgão administrativo, tem o dever de produzir uma política pública judiciária. Desse modo, a Resolução nº 487/2023, do CNJ, constrói uma política judiciária em sintonia com o cuidado em liberdade, na perspectiva da reforma psiquiátrica brasileira. A mesma determina

procedimentos e diretrizes para tecer caminhos juntamente à Rede de Atenção Psicossocial, com base territorial, a fim de transferir a titularidade da gestão que acompanha as pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei, saindo da esfera penal e se acomodando na esfera da saúde, mais apropriada para prover cuidado e atenção especializados a quem demanda **tratamento e não punição**.

O Poder Judiciário não possui a competência para realizar ações de reabilitação psicossocial, apesar de ser responsável por conceder a liberdade do indivíduo que se encontra preso. A desinstitucionalização e a reabilitação, contudo, fazem parte das atribuições Rede de Atenção Psicossocial e, portanto, devem ser buscadas dentro do âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda diante dos avanços empenhados na área da saúde, os HCTPs não sofreram fortes transformações na medida em que foram considerados submetidos ao Poder Judiciário. Para Amarante (2023), observa-se que historicamente, a existência de normas penais retrógradas levou ao encarceramento manicomial, um problema que tem sido combatido recentemente por meio de estratégias de saúde. Daí surge a necessidade de transferência de titularidade do gestor responsável, como já tratado.

Pontua-se aqui que o texto do documento não traz novidade jurídica em relação ao que já se tinha discutido nos debates públicos e sistematizado em normativa dos documentos antimanicomiais, com destaque à Lei 10.216/2001, existente há mais de duas décadas, bem como à Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência. O que se pode visualizar como inovação, no entanto, foi a posição de destaque dispensada aos magistrados e magistradas do país, que são aqui observados em um papel relevante para a aplicação desse arcabouço normativo.

O capítulo I da Resolução versa sobre as disposições gerais, o que inclui o público alvo ao qual se destina o documento, conceituações de termos importantes e reiteradamente utilizados no âmbito da saúde, bem como os princípios e diretrizes que devem ser observados no tratamento das pessoas com transtorno mental no âmbito da jurisdição penal.

É a partir dessa Resolução que se vê claramente disposta a expressão “deficiência psicossocial”, o que se mostra em consonância à Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Ressalta-se, contudo, que esse não é o único termo utilizado. A Resolução também mantém “pessoa com transtorno mental”, o que pode ser observado positivamente, dado que não há restrições ou trocas de termos, mas uma ampliação destes.

Para além da nova expressão adotada, são também conceituados a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), equipe conectora,

equipe multidisciplinar qualificada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Modelo Orientador.

A EAP, conforme dispõe a Resolução, trata-se de uma equipe multidisciplinar que acompanha o tratamento durante todas as fases do procedimento criminal com o objetivo de apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e para viabilizar o acesso à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Brasil, 2023a). A equipe conectora, por sua vez, poderá ser uma EAP ou outra que exerça função similar. Já a equipe multidisciplinar qualificada, da qual pode se encaixar uma EAP ou outra equipe conectora, é compreendida por sua qualificação (experiência) no diálogo entre o Poder Judiciário, a saúde e a assistência social.

Estas equipes serão responsáveis pela avaliação biopsicossocial da pessoa com deficiência psicossocial, acusada no sistema de justiça criminal pela prática de ato delituoso, devendo a autoridade judicial determinar a modalidade mais indicada para o tratamento de saúde da pessoa considerando tal avaliação. Esta, por sua vez, como o nome indica, é uma abordagem multidisciplinar que abarca não só a dimensão biológica, mas também os aspectos psicológicos e sociais de um indivíduo” (Baldissera, 2021). Esta avaliação gera um PTS, que é apresentado seguindo o seguinte conceito na Resolução:

conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou comunidade, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e centrado na singularidade da pessoa em tratamento, de modo a contribuir para a estratégia compartilhada de gestão e de cuidado, possibilitando a definição de objetivos comuns entre equipe e sujeito em acompanhamento em saúde (Brasil, 2023a).

O capítulo II, por sua vez, aponta diretrizes (procedimentos) para a atuação da magistratura ainda durante as audiências de custódia, no curso de prisão preventiva ou outra medida cautelar, na aplicação das medidas de segurança de internação e de tratamento ambulatorial, no tratamento em saúde mental no curso da execução da pena, bem como também fala sobre a desinstitucionalização. As disposições finais, por sua vez, trazem recomendações contundentes.

Conforme indica a Resolução, os magistrados devem identificar pessoas com indício de transtorno mental em caráter preventivo, que devem ser acompanhadas por uma equipe multidisciplinar qualificada e, por meio desta, assegurar-se de um atendimento de saúde adequado em conformidade às suas próprias necessidades, sem prejuízo do acompanhamento da medida judicial eventualmente imposta.

Também indica a Resolução que, uma vez ouvidos Ministério Público e defesa, caberá aos juízes e juízas o encaminhamento da pessoa ao atendimento voluntário na Rede de Atenção Psicossocial (Raps), que para além do atendimento de saúde apropriado, também destinará encaminhamentos voltados à proteção social e políticas e programas adequados, a partir de fluxos já estabelecidos com a rede e o modelo orientado pelo CNJ. Ou seja, faz-se *rede* com a Rede.

O artigo 9º da Resolução, dispõe que caso o indivíduo necessite de tratamento em saúde mental no curso de prisão processual ou mesmo outra medida cautelar, a autoridade judicial deve reavaliar a necessidade e adequação da medida cautelar em vigor, caso a pessoa esteja em liberdade; ou reavaliar a necessidade e adequação da prisão processual em vigor ante a necessidade de atenção à saúde, no caso de pessoa presa (Brasil, 2023b).

O artigo 11, por sua vez, expressa importante avanço no cenário do sistema de justiça quando se aponta como diretriz que a autoridade judicial deve determinar a modalidade mais indicada ao tratamento de saúde da pessoa acusada, considerados a avaliação biopsicossocial, outros exames eventualmente realizados na fase instrutória e os cuidados a serem prestados em meio aberto ao ter sido imposta medida de segurança por sentença criminal (Brasil, 2023b).

Já em seu artigo 13, a Resolução determina que a medida de internação só deverá ser implementada em hipóteses absolutamente excepcionais, quando não cabíveis ou suficientes outras medidas diversas da prisão ou quando compreendida como recurso terapêutico momentaneamente adequado no âmbito dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). É expresso no documento que a internação só pode ser aplicada quando necessária para o restabelecimento da saúde da pessoa, desde que prescrita pela equipe de saúde da RAPS. Isso muito dialoga com o art. 4º da Lei nº 10.216/2001, que estabelece ser possível a internação, em qualquer de suas modalidades, apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (Brasil, 2001).

A seção V, que trata da desinstitucionalização, estabelece importantes prazos:

PRAZO	MARCO FINAL DA CONTAGEM	FINALIDADE	DISPOSITIVO LEGAL
6 meses, a contar da entrada em vigor da Resolução	15/11/2023	Revisão dos processos a fim de avaliar a possibilidade de extinção da medida em curso, progressão para tratamento ambulatorial em meio aberto ou transferência para estabelecimento de saúde adequado	ART. 16

12 meses, a contar da entrada em vigor da Resolução	15/05/2024	Elaboração do PTS de todos os pacientes em medida de segurança que ainda estiverem internados em HCTPs ou afins	ART. 17
6 meses, a contar da publicação da Resolução	15/08/2023	Interdição parcial de estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, com proibição de novas internações em suas dependências	ART. 18
12 meses, a contar da entrada em vigor da Resolução	15/05/2024	Interdição total e o fechamento dessas instituições	ART. 18

Tabela 3 - Prazos dispostos na Resolução nº 487, do Conselho Nacional de Justiça (elaboração da autora).

A Política Antimanicomial do Poder Judiciário possui fulcral importância no caminho a ser trilhado em prol dos direitos desse grupo historicamente vulnerabilizado à medida em que municia e instrumentaliza magistradas, magistrados e demais operadores do sistema de justiça para o encaminhamento adequado de pessoas com transtornos mentais, priorizando o acesso à rede de saúde pública de base territorial e comunitária. Para a efetivação desse objetivo, criam-se fluxos e rotinas de apoio a profissionais do sistema de justiça e da saúde para que o Estado qualifique o atendimento desse público.

À vista da importância da norma e do debate posterior que sobreveio com sua publicação, foi lançado em 19 de setembro de 2023 o Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário: Resolução CNJ n.487 de 2023, elaborado pelo próprio Conselho Nacional de Justiça, em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, e o Ministério da Saúde, objetivando “subsidiar a implementação da citada normativa e consolidar esse importante passo na busca pela universalização do direito à saúde desse público” (Brasil, 2023a, p.11). O Manual reflete a jornada percorrida com o suporte fornecido pelos Grupos de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Penitenciário e a acumulação de discussões durante as reuniões do Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental do CNJ⁸.

⁸ Instituído pela Portaria CNJ nº 142/2021, o Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental do CNJ foi criado com o objetivo de materializar direitos previstos na Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e na Lei da Reforma Psiquiátrica – Lei nº 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Para isso, realizou estudos e propôs medidas de atendimento adequado das pessoas com deficiência psicossocial, contribuindo para a superação de dificuldades à promoção da saúde mental.

Para isso, organizou-se o Manual compreendendo, no primeiro momento, a contextualização da temática tratada, com o arcabouço normativo estruturante da Política Antimanicomial no Judiciário, sendo seguido por princípios para alinhamento aos paradigmas do cuidado em liberdade. Em tópico posterior se trata das diretrizes para a garantia de tratamento em consonância à desinstitucionalização, o que leva aos conteúdos conceituais da Reforma Psiquiátrica e ao modelo biopsicossocial da deficiência.

[...] Ainda consta o Modelo Orientador da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, que, em síntese, tem a finalidade de apresentar, por meio de dimensões estratégicas, institucionais, normativas e operacionais, um percurso de garantia de direitos humanos em saúde mental. Em seguida, consolida uma proposta metodológica para a efetivação da atenção integral, incluídas também situações de pessoas custodiadas em unidades prisionais. Ao final, os anexos incluem a proposição de fluxos, instrumentos e modelo de minuta de Termo de Cooperação. Esses subsídios podem alinhar caminhos interinstitucionais adequados às normas orientadas pelos paradigmas acima indicados, de modo a apoiar as ações nas localidades. (Brasil, 2023a, p.19)

A Nova Política Antimanicomial do Poder Judiciário traz fissuras no sistema de justiça criminal à medida que aponta soluções que partem da perspectiva de responsabilidade coletiva e compartilhada entre família, comunidade, instituições e Sistema de Justiça, promovendo articulação entre todos os envolvidos. Assim, é inegável que esse marco representa a esperança por maior concretude no avanço da luta antimanicomial. O Estado-juiz ainda se reconhece como responsável pelo impedimento da manutenção da internação por prazo excessivo e fortalece uma política pública judicial que busca fortalecer espaços de cuidado para pessoas nestas circunstâncias.

4.2.2 Práticas exitosas em alguns estados brasileiros

Basaglia (1979) reflete o que depois se tornou lema, “contra o pessimismo da razão há o otimismo da prática”. À luz dessa referência, neste tópico será melhor abordado de que maneira se pode produzir, com o otimismo da prática, questionamentos contra o pessimismo da legislação. Nesse sentido, Jacobina (2004, p. 82) aduz:

No atual estágio do direito brasileiro, não se pode defender que internar alguém coativamente (ou mesmo submetê-lo a um tratamento ambulatorial coativo), por ordem judicial de um juiz criminal, com base numa presunção de periculosidade (decorrente da prática de um ato criminal por alguém que foi reconhecido pelo direito como portador de transtorno mental incapacitante das faculdades cognitivas ou volitivas) seja considerado cientificamente como medida terapêutica. Tampouco se pode admitir que, no âmbito do direito sanitário, se possa reconhecer a validade desse procedimento como clinicamente eficaz. A reforma psiquiátrica – e sua projeção no

mundo jurídico – descharacterizaram absolutamente a abordagem coativa, manicomial, unidisciplinar, repressora, como uma abordagem clinicamente eficaz.

Com base nas análises apresentadas nestes capítulos, é limpidamente compreendido que a internação de uma pessoa com deficiência psicossocial em conflito com a lei só é admissível quando estritamente necessária. Essa medida deve ser justificada por um médico responsável e o tratamento deve ser guiado pelos princípios da integralidade e da reintegração social da pessoa em sua comunidade. Portanto, a internação só pode ocorrer em última medida, e uma vez que a crise é controlada, deixa de ser legal e terapêutica, transformando-se em violadora dos direitos do indivíduo com transtorno mental.

A Lei da Reforma Psiquiátrica, ao asseverar a proibição de internações em instituições com características asilares e incentivar o desenvolvimento de programas de reinserção e reabilitação psicossocial para as pessoas com longa história de internação, está assegurando o caráter temporário da internação. Essa, além da brevidade, também possui natureza excepcional dado o que se expressa na Lei 10.216/2001 ao tratar da internação apenas “nas situações em que os demais recursos extra-hospitalares mostrarem-se insuficientes” (Brasil, 2001).

Com a instituição da política antimanicomial, houve uma mudança em direção ao enfoque no “cuidado” e na “inclusão social”, pois a abordagem sancionatória da medida de segurança quando cumprida por meio de internação, ultrapassou os limites da justiça. Isto porque é em nome do direito à igualdade de tratamento em saúde mental para todas as pessoas em sofrimento mental, que pleiteia-se a criação de estruturas institucionais que permitam à área de saúde apresentar soluções.

Sob esse horizonte, alguns estados do Brasil vêm se empenhando por mudanças significativas no sistema de determinação das medidas de segurança. São estas fissuras entranhadas no bojo de um ordenamento jurídico ainda precário e arcaico sob a luz da prática vanguardista de diversas atrizes e atores empenhados no acesso ao direito e à justiça das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei.

Cita-se como duas fortes experiências exitosas – mesmo antes das diversas normas estudadas no capítulo anterior – o programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAIPJ) em Minas Gerais, desde 2001 e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) no estado de Goiás, desde 2006. Tanto o PAILI, como o PAI-PJ dispõem equipes interdisciplinares atuantes na promoção do acesso ao tratamento em saúde mental na rede substitutiva a modelo manicomial (Coscrato, 2022), que serviram de inspiração às EAPs.

O que difere um do outro é que o PAILI está sob a gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás e o PAI-PJ sob a gestão do Poder Judiciário de Minas Gerais. Esses dois programas utilizam o paradigma estrutural do redirecionamento do modelo de atenção psicossocial da Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira articulada com as Políticas Nacional e Estadual de Saúde Mental. Possuem equipes multiprofissionais que exercem ações de conexão entre o sistema de justiça criminal e as Redes do SUS e do SUAS (CONDEGE et. al, 2020).

Aponta Barros-Brisset (2010a, p.28) que o PAI-PJ oferta o acompanhamento integral em todas as fases do processo criminal de modo intersetorial, mediante parceria dos Poderes Judiciário e Executivo e da comunidade, de forma geral, promovendo o acesso à Rede Pública de Saúde e à Rede de Assistência Social. Ademais, o PAI-PJ auxilia a autoridade judicial “na individualização da aplicação e execução das medidas de segurança”.

O PAILI, por sua vez, inova ao trazer a autonomia dos profissionais de saúde mental no cuidado à pessoa em sofrimento mental submetido à medida de segurança. Nesse sentido, o Ministério Público de Goiás aduz que “o Programa contempla uma mudança de paradigma na execução das medidas de segurança, fazendo com que o assunto deixe de ser tratado unicamente sob o prisma da segurança pública para ser acolhido de vez pelos serviços de saúde pública” (Caetano, 2009, p.7).

No Maranhão está em curso o Programa de Atenção Integral a Pessoas com Transtornos Mentais em Conflito com a Lei no Estado do Maranhão (PAIMA), que também tem como objetivo a implementação de serviços e de estruturas com foco na garantia de direitos e o acesso à assistência voltada para saúde mental. Conforme matéria escrita no sítio eletrônico do Conselho Nacional de Justiça sobre o PAIMA, “os adolescentes que apresentam transtornos mentais também são assistidos por uma política específica, sendo direcionados para tratamento na Rede Estadual de Saúde e de Assistência Social para um acompanhamento sistemático” (Moura, 2023).

No Pará, o Tribunal de Justiça criou o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Estado do Pará (Praçaí) em 2013, que se destina a “pessoas com transtorno mental na condição de presos provisórios ou condenados, com medida de segurança aplicada ou com incidente de insanidade mental instaurado” (Moura, 2023). O Programa surgiu como iniciativa da Vara de Execução penal (VEP) da Região Metropolitana de Belém (RMB) como desdobramento dos procedimentos adotados em uma intervenção realizada em setembro de 2019 no Hospital Geral Penitenciário (HGP), unidade penitenciária de internação para pacientes psiquiátricos, local onde a Força Tarefa de Intervenção Penitenciária constatou situação de “calamidade”, no espaço prisional (Cordeiro, 2020)

No Estado do Piauí, também se criou o Programa de Cuidado Integral ao Paciente Psiquiátrico (PCIPP) e se fechou o manicômio judiciário existente em Teresina, retirando-se o “tratamento” das mãos do gestor penitenciário, sendo encaminhado para o gestor de saúde mental, por meio da RAS e da Secretaria de Saúde do estado. Conforme Nota Técnica da CONDEGE publicada em 03 de junho de 2020, o PCIPP-PI até aquele momento registrou zero caso de reiteração criminosa (CONDEGE et. al, 2020).

Já no estado da Paraíba, foi elaborado e aprovado o primeiro Plano Estadual escrito, que versa sobre a Atenção Integral à Pessoa em Sofrimento Mental e em Conflito com a Lei. Para a execução do Plano no estado paraibano, foi firmado no mês de abril 2023 um termo de cooperação técnica para implantação do Programa de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei do Estado da Paraíba (PROA-PB) pelo Governo do Estado, pelo Tribunal de Justiça da Paraíba (TJPB) e por outros representantes de várias instituições públicas. Com o PROA-PB, visa-se implantar uma política antimanicomial no Sistema de Justiça da Paraíba, possibilitando a livre circulação das pessoas em sofrimento mental e acabando com as características asilares, o que se busca com o fechamento da Penitenciária de Psiquiatria Forense do estado. A meta é promover a articulação de programas e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e de direitos humanos, por meio da pactuação permanente entre gestores (Moura, 2023).

Exceto pelo estado da Paraíba, tais programas são apoiados por equipes conectivas, Equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicadas às Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), que representam um papel central na garantia do acesso à rede de atenção à saúde para acompanhamento psicossocial integral, resolutivo e contínuo. Conforme os dados apontados em Nota Técnica sobre a publicação da Portaria GM/MS n. 1325, de 18 de maio de 2020, que revoga a Portaria GM/MS n. 95/2014 e as respectivas referências na Portaria de Consolidação n. 2/GM/MS, com a implantação da Equipe nos estados (considerando a idiossincrasia de cada), houve apoio na desinstitucionalização de mais de 80 pessoas cumprindo medida de segurança em HCTP no estado do Maranhão e 130 pessoas no estado do Pará (CONDEGE et. al, 2020).

Além dos citados programas em curso que buscam substituir o modelo manicomial judiciário por um modelo extra-hospitalar calcado nas premissas da Reforma Psiquiátrica brasileira, também existem iniciativas de monitoramento e avaliação das pessoas em medida de segurança de internação por meio de Projetos de acompanhamento e/ou equipes multiprofissionais especializadas, em substituição à perícia tradicional, como o Projeto “Reintegra” de acompanhamento das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei do

estado do Mato Grosso do Sul e o Exame Multiprofissional e Pericial de Avaliação Psicossocial (EMPAP), criado para o processo de desinstitucionalização do HCTP Henrique Roxo, localizado em Niterói, estado do Rio de Janeiro (Brasil, 2023a).

No estado de Pernambuco, a implantação da EAP foi anterior à implantação de um Programa. Implantada em 2019 no estado de Pernambuco, a EAP possibilitou a desinstitucionalização de 102 pessoas nos dois primeiros anos (CONDEGE et. al, 2020). Dois anos depois, por meio da Portaria Conjunta 01/2021, foi criado um Grupo de Trabalho para propor e acompanhar a execução do Programa Estadual de Atenção Integral à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (PAT-PE). O referido Programa está na fase de diálogo entre os atores envolvidos para construção e fortalecimento de fluxos e amparos interinstitucionais no âmbito do direito à saúde mental (Ascom TJPE, 2023).

É na prática antimanicomial da ampliação do sistema de cuidados diários às pessoas com transtorno mental nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que surgem esses programas (Silva; Costa-Moura, 2013). Se o pessimismo da legislação penal se perpetua, a prática vanguardista do conjunto articulado de diferentes pontos de atenção à saúde, que compõem a RAPS difere do modelo ambulatorial com consultas mensais e do internamento hospitalar de longa duração, buscando atender pessoas sob medidas de segurança fora dos muros manicomiais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como se verificou ao longo deste trabalho, contra o pessimismo de uma legislação penal e o cruel histórico no cuidado da pessoa com deficiência psicossocial em conflito com a lei, caminha na corda bamba uma esperança equilibrista que aspira condições concretas de dignidade e enfrentamento às violências perpetradas contra este grupo social.

As bases da Reforma Psiquiátrica e os princípios da Luta Antimanicomial impulsionaram práticas de cuidado que demonstram a possibilidade de se avançar no tratamento e na reabilitação psicossocial daqueles com transtorno mental em conflito com a lei, grupo historicamente vulnerabilizado ao lhes serem dedicados violência e abandono. Soma-se a isso um arcabouço normativo construído há mais de duas décadas, a iniciar pela Lei 10.216/2001, que vêm sendo desrespeitado vilmente por todos esses anos.

Não obstante a luta contra a barbárie figurar como um pilar do Estado Democrático de Direito Penal para a constituição de uma práxis que avance no sentido da emancipação humana, esse enfrentamento ainda é, inegavelmente, recheado de tensões, com avanços e impasses. Isso porque apesar dos passos caminhados até os dias atuais e das conquistas resultantes da Reforma Psiquiátrica, que marcou uma fase de mudanças significativas no campo da saúde mental com a consolidação de debates sobre a insustentabilidade do fundamento da periculosidade criminal, o uso das lentes antimanicomiais pautadas na ideia de desinstitucionalização e a subsequente introdução de serviços de tratamento em liberdade e no território, ainda se constituem um desafio.

As medidas de segurança foram impostas com um caráter predominantemente sancionatório, esvaziando-se do seu sentido terapêutico. Além disso, os denominados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, forjados como hospitais-prisão, mantiveram a existência jurídica dos manicômios judiciais. Outrossim, o discurso da periculosidade ainda se configura pela unilateralidade da premissa da segurança social, envolvendo uma rede de indivíduos subalternizados ao rótulo de “perigosos”, sem considerar as atuais políticas de saúde mental e de direitos humanos.

Tais problemas são frutos da prestação inadequada e precária de cuidados a essa população, que historicamente enfrentou um duplo estigma como “loucos” e “perigosos” e se viu vulnerabilizada em razão da falta de atenção adequada e uma perspectiva limitada de reintegração social.

Como então produzir fissuras jurídicas no sistema de justiça rumo às práticas institucionais desinstitucionalizantes nos manicômios judiciários e mentais? Como construir um direito “à desrazão” (Pelbart, 1993)?

Ao refletir sobre tais questionamentos é necessário compreender que a efetivação do direito à saúde mental antimanicomial ocorre inicialmente a partir da expansão da consciência de novos indivíduos que não mais se reconhecem como objetos de estudo, mas querem (e devem) ser vistos como sujeitos de direitos, imersos em uma cultura de cidadania e engajamento democrático. Este novo paradigma emerge com a escuta e participação dos usuários, seus familiares e trabalhadores dos serviços de saúde mental nos debates públicos que vão surgindo sob a efervescência da luta antimanicomial e que inspiram fissuras na ordem jurídica.

Bebendo da teoria crítica de Direitos Humanos de Herrera Flores (2008), os debates públicos aqui apontados, que incluíram Conferências Nacionais em Saúde Mental, Seminários, Encontros e Simpósio, ao problematizarem importantes aspectos em relação às medidas de segurança e aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, podem ser vistos como espaços democráticos que representaram os múltiplos processos de lutas pela aplicação da lógica antimanicomial, iniciados por diversas personagens de movimentos sociais e grupos organizados, dos quais buscam criar vias para modificar as desigualdades de acesso ao direito humano à saúde mental antimanicomial.

A partir das mudanças preconizadas pelos novos paradigmas e sob influência direta desses debates públicos, é bordada uma colcha normativa antimanicomial no ordenamento jurídico, que buscou estabelecer as reivindicações dos movimentos sociais. Por meio dessa trajetória, foi possível a consolidação de uma política antimanicomial no Poder Judiciário no presente ano, que trouxe fluxos concretos e prazos para o fechamento parcial e total das instituições de caráter asilar. Vislumbra-se, portanto, ser possível, no contexto das medidas de segurança no Brasil, o enfrentamento das estruturas dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Foi possível compreender, no decorrer do presente trabalho, que apesar do conservadorismo existente da legislação penal brasileira atual, houve o surgimento de uma práxis exitosa em alguns estados brasileiros com a implementação de programas de atenção integral às pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei, ao transformar aquelas condições tradicionalmente opressoras em uma prática vanguardista de assistência adequada.

Na contramão do que apontam as codificações em matéria penal e processual penal, bem como a Lei de Execução Penal, tais programas também indicam que é possível fissurar as correntes antiquadas que prendem a legislação no que tange as medidas de segurança.

Ainda tratando da legislação penal, ao vislumbrarmos a imprescindibilidade de sua modificação, identificou-se Projetos de Lei em tramitação que visam a alteração dos três documentos penais. Através da discussão desenvolvida sobre eles, percebeu-se a necessidade de maior atualização de tais Projetos contra os manicômios judiciários e as produções de manicomialidades fora dessas instituições físicas.

Não obstante a morosidade que permeia o curso dessa possível alteração legislativa, tem-se expectativas sobre mudanças que maior se comunique com a ótica antimanicomial. A “lentidão” dos passos caminhados até aqui nos indicam que apesar da velocidade dessa caminhada não ser a mais desejável, não estamos estagnados, mas ainda em movimento.

Em face ao exposto, comprehende-se que a medida de segurança deve ser vista como medida terapêutica e não sancionatória. Para isso, é crucial que o Poder Judiciário, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) se comuniquem, alinhem-se e trabalhem juntos no cuidado da pessoa com deficiência psicossocial em conflito com a lei.

Deve ser observado quanto a isso que, para o cumprimento de uma verdadeira medida terapêutica, a responsabilidade dos “pacientes judiciários” deve ser transferida para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo a melhor capacitada para atender os fluxos desse grupo e fortalecer o cuidado no território em liberdade, garantindo-lhes assistência integral com a oferta de serviços médicos, de assistência social, psicológicos e de lazer. Ademais, por meio do Projeto Terapêutico Singular, elaborado nas bases das Redes do SUS e do SUAS, possibilita-se uma efetiva desinstitucionalização.

A nova política de segurança que urge almeja o fim da institucionalização dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos, que por origem e essência não são capazes de se humanizar por se assentarem nos modelos ultrapassados dos mesmos manicômios judiciários, onde a detenção para “fins terapêuticos” assume uma abordagem punitiva, de restrição e supressão de direitos, em contraposição aos objetivos primordiais de tratamento humanitário em Centros de Atenção Psicossocial e demais dispositivos da RAPS.

Ora, espera-se que o sistema de justiça criminal assegure a plena observância da inimputabilidade e a subsequente necessidade de cuidados especializados em rede, propondo-se de modo a oferecer atenção e assistência no território e em liberdade, independentemente da inadequada categorização legal como “loucos-criminosos”.

É necessário enfrentar o estado de coisas inconstitucional no sistema prisional - no qual se inserem os manicômios -, a invisibilidade, o silenciamento e a lógica de deixar morrer a devida garantia de direitos fundamentais. A Constituição da República Federativa do Brasil, Lei Maior do Ordenamento Jurídico, não recepciona o conteúdo das legislações penais (Código Penal, Código de Processo Penal e Lei de Execução Penal) que viole seu princípio baluarte, o da dignidade da pessoa humana, fundamento do Estado Democrático de Direito brasileiro, com previsão no artigo 1º, inciso III, da Carta Magna de 1988.

Para isso, o que se pretende é garantir um direito à saúde mental antimanicomial de forma polissêmica, intersetorial e plural que garanta o cuidado adequado pretendido desde a redação em 1987, na cidade de Bauru (SP), durante o Congresso de Trabalhadores de Serviços de Saúde Mental, da carta que traz o lema “Por uma sociedade sem manicômios”.

Estes manicômios aqui devem ser compreendidos para além das instituições físicas, também abrangendo todas as instituições não tangíveis (aqueles dentro de nós) que reproduzam manicomialidades por meio de lógicas segregacionistas, cruéis e estigmatizantes. Contra os manicômios palpáveis e mentais, requer-se atenção; contra toda a forma de opressão, tenhamos olhos firmes; contra as tentativas de obscurantismo e regresso das conquistas até então firmadas, é preciso estar atento e forte.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Nayna. **Os reflexos da Lei Brasileira de Inclusão e da Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência no instituto da Inimputabilidade.** Monografia (Graduação em Direito) - Universidade Federal da Paraíba, Santa Rita, 2021. 58p.

AMARANTE, Paulo. **Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** IN: Fleury, S. Saúde e democracia: a luta do CEBES/ (organizadora). — São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.163-185.

_____. Manicômios judiciários: o fim (de parte) do inferno. **RADIS Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro, 2023.

_____. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 1-7, jan.-abr., 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68425>. Acesso em: 14 set. 2023.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol.23, n.6, p. 2067-2074. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvtXt4JfLvDF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2023.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. 1. Ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASCOM TJPE. **Matéria “Grupo de Trabalho de Saúde Mental do TJPE realiza primeira reunião de trabalho deste ano”**. Notícias TJPE, Tribunal de Justiça do Pernambuco, 2023. Disponível em: <https://l1nq.com/xh3I6>. Acesso em 10 out. 2023.

BALDISSERA, Olívia. **Modelo biopsicossocial**: dê adeus à separação entre saúde física e mental. Pós PUCPR Digital, 2021. Disponível em: <https://shre.ink/TSZh>. Acesso em 10 out. 2023.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni. **A saúde mental na atenção ao louco infrator**. In. CAMPOS, Florianita Braga; LANCETTI, Antonio (Org.). Coleção Saúde Loucura n.9. São Paulo: Hucitec, 2010a.

_____. **Por uma Política de Atenção Integral ao Louco Infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010b.

_____. Um dispositivo conector - relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** Vol.20, n.1, p. 116-128. 2010c. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822010000100016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 10 ago. 2023.

BASAGLIA, Franco. **Psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BIRMAN, Joel. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA, Benilton. e AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria sem hospício - Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

BITENCOURT, Cesar Roberto. **Tratado de Direito penal:** Parte Geral. v. 1, 29. ed. rev. São Paulo: SaraivaJur, 2023.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Conselho Nacional do Ministério Público; Ministério Público do Trabalho. **Hospitais psiquiátricos no Brasil:** Relatório de Inspeção Nacional. 1. Ed. Brasília: CFP, 2019, 128p.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Manual da política antimanicomial do Poder judiciário:** Resolução CNJ nº 487 de 2023 / Conselho Nacional de Justiça, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Ministério da Saúde; coordenação de Luís Geraldo Sant'Ana Lanfredi [et al.]. Brasília : Conselho Nacional de Justiça, 2023a. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/09/digital-manual-antimanicomial.pdf>. Acesso em 19 set. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 113, de 20 de abril de 2010.** DJ-e nº 73, em 26/04/2010. 2010a. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/136>. Acesso em 19 ago. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Recomendação nº 35, de 12 de julho de 2011.** DJE/CNJ nº 129/2011, de 14/07/2011. 2011a. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/849>. Acesso em 19 ago. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução n. 487, de 15 de fevereiro de 2023.** Diário da Justiça [do] Conselho Nacional de Justiça, Brasília, DF, n. 36. 2023b. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf>. Acesso em 19 jul. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução nº 04, de 18 de julho de 2014.** Aprova as Diretrizes Básicas para Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Disponível em: <https://www.gov.br/senappn/pt-br/pt-br/composicao/cnppcp/resolucoes/2014/resolucao-no-4-de-18-de-julho-de-2014.pdf>. Acesso em 19 ago. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução nº 05, de 04 de maio de 2004.** Disponível em: <https://www.gov.br/senappn/pt-br/pt-br/composicao/cnppcp/resolucoes/2004/resolucao-no-05-de-04-de-maio-de-2004.pdf>. Acesso em 19 ago. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidente da República, [2016].

BRASIL. **Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Código Penal. Brasília, DF. Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 16 jul. 2023. 1940a.

BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Brasília, DF. Redação Original (sem modificação). Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 16 ago. 2023. 1940b.

BRASIL. Decreto-lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm. Acesso em: 16 ago. 2023.

BRASIL. Decreto nº 1.904, de 13 de maio de 1996. Institui o Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1904.htm. Acesso em 19 jul. 2023.

BRASIL. Decreto nº 4.229, de 13 de maio de 2002. Dispõe sobre o Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH, instituído pelo Decreto no 1.904, de 13 de maio de 1996. Diário Oficial [da] República do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 maio 2002a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4229.htm. Acesso em 19 jul. 2023.

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 2009. Promulga a Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em 19 jul. 2023.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 16 ago. 2023.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1º ago. 2003a.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Brasília, DF. 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em 19 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça, Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 04, de 30 de julho de 2010. Diário Oficial da União, 20 de agosto de 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha “Conheça a RAPS: Rede de atenção psicossocial”. Brasília: MS; 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf. Acesso em 19 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha “Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei”. Brasília: MS; 2014. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTMyNg==>. Acesso em 19 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000. Institui os serviços residenciais terapêuticos. Diário Oficial da União 2000, 11 fev.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2011; 23 dez. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf. Acesso em 19 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em 19 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf. Acesso em 19 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 268, de 17 de setembro de 2003.** Inclui códigos de atendimento de atenção básica em presídios ou manicômios judiciários. 2003b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_sistema_penitenciario.pdf. Acesso em 19 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Mostra fotográfica Programa de Volta para Casa:** cartilha de monitoria. Brasília: MS; 2008. Disponível em: https://saudementalrn.files.wordpress.com/2012/07/mostra_fotografica_programa_volta_casa.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017.** Consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_5_28_SETEMBRO_2017.pdf. Acesso em 19 ago. 2023.

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, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95 de 14 de janeiro de 2014.** Dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1325, de 2020.** Revoga o Capítulo III, do Anexo XVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 maio. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.754, de 14 de julho de 2020.** Fica revogada a Portaria nº 1.325/GM/MS, de 18 de maio de 2020. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 jul. 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.077, de 31 de outubro de 2003.** Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8º. 2003d. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2077_31_10_2003.html. Acesso em 19 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.078, de 31 de outubro de 2003.** Institui a Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa” 2003e. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_PVC.pdf. Acesso em 19 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciário:** Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Justiça, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS – no Sistema Único de Saúde – SUS.** Brasília: MS; 2022. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_tecnico_raps_sus.pdf. Acesso em 19 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Programas Especiais de Saúde. **Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988b. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf. Acesso em 19 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Seminário Nacional sobre o Direito à Saúde Mental – Regulamentação e Aplicação da Lei no 10.216/01.** Brasília: Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados/Ministério da Justiça/Ministério Público Federal/Conselho Nacional dos Procuradores-Gerais de Justiça/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2001c.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1, de 02 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. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2014c.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003.** Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. 2003c. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/pri1777_09_09_2003.html. Acesso em 19 ago. 2023.

BRASIL. Programa Nacional de Direitos Humanos: PNDH II. Imprenta: Brasília, Ministério da Justiça, 2002. 55 p. 2002c. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/dados/pp/edh/pndh_2_integral.pdf. Acesso em 19 ago. 2023.

BRASIL. Projeto de Lei nº 3.657/89, de 24 de julho de 1989. A presente lei estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental. Lei Paulo Delgado. Brasília, DF. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em 13 jul. 2023.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002d. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcnsm.pdf>. Acesso em 19 jul. 2023.

Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3)** / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília: SDH/PR, 2010c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7037.htm. Acesso em 19 jul. 2023.

BRASIL. Sistema Único de Saúde, Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002e. 213 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental_relatorio.pdf. Acesso em 19 jul. 2023.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010d. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/4_CNSM.pdf. Acesso em 19 jul. 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Súmula 527. 2015. Disponível em: https://www.stj.jus.br/internet_docs/biblioteca/clippinglegisacao/Sumulas_526_527_528_2015_terceira_secao.pdf. Acesso em 19 ago. 2023.

CAETANO, Haroldo. Loucura e direito penal: pistas para a extinção dos manicômios judiciais. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018.

_____. **Implementação da Reforma Psiquiátrica na Execução das Medidas de Segurança.** Goiânia: Escola Superior do Ministério Público do Estado de Goiás, 2009.

CAETANO, Haroldo; TEDESCO, Silvia. Loucura e direito penal: pistas para a extinção dos manicômios judiciais In Saúde Debate: Rio de Janeiro, v. 45, n. 128, p. 191-202, Jan-Mar 2021, p.195. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LxBKzNq8wvSwmfSjdb6rq5G/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 15 jul. 2023.

CÂMARA DOS DEPUTADOS DO BRASIL. Projeto de Lei 8045/2010. Institui Novo Código de Processo Penal. 2010. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarIntegra?codteor=1638152&filename=PL%208045/2010. Acesso em 14 out. 2023.

CÂMARA DOS DEPUTADOS DO BRASIL. Projeto de Lei 9054/2017. Altera a Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal) e outros. 2017. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarIntegra?codteor=1619253. Acesso em 14 out. 2023.

CARRARA, Sérgio Luis. A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. In: **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo: FSP/USP, pp. 16-29, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100004. Acesso em 15 jul. 2023.

CARVALHO, Salo de; WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. A punição do sofrimento psíquico no Brasil: reflexões sobre os impactos da Reforma Psiquiátrica no sistema de responsabilização penal. **Revista de Estudos Criminais**, v. 11, n. 48, p. 55-90, jan./mar. 2013.

COMISSÃO DE SISTEMATIZAÇÃO DO RELATÓRIO. Relatório Final do Encontro de Bauru 30 anos de luta por uma sociedade sem manicômios. Comissão de Sistematização do Relatório final do Encontro de Bauru: 30 anos de luta “por uma sociedade sem manicômios”. São Paulo: Bauru, 2018a. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/11/relatorio-encontro-de-bauru-1.pdf>. Acesso em 19 jul. 2023.

_____. **Carta Aberta do Encontro de Bauru 30 anos de luta por uma sociedade sem manicômios.** Comissão de Sistematização do Relatório final do Encontro de Bauru: 30 anos de luta “por uma sociedade sem manicômios”. São Paulo: Bauru, 2018b. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANOS.pdf>. Acesso em 19 jul. 2023.

CONDEGE et. al. Colégio Nacional dos Defensores Públicos Gerais. **Nota Técnica sobre a publicação da Portaria GM/MS n. 1325, de 18 de maio de 2020, que revoga a Portaria GM/MS n. 95/2014 e as respectivas referências na Portaria de Consolidação n. 2/GM/MS, que extingue o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas.** Recife, CONDEGE: 2020. Disponível em: <http://condege.org.br/notas-tecnicas-protocolos-e-pareceres>. Acesso em 19 jul. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Ofício n° 068/17/ABP/SEC.** Brasília: CFM; ABP, 2017. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/mocao/2017/Mocao009.pdf>. Acesso em 19 jul. 2023.

CORDEIRO, Andrea. **Matéria “Programa humaniza atenção a paciente judiciário”.** Comunicação, Tribunal de Justiça do Estado do Pará, 2020. Disponível em: <https://www.tjpa.jus.br/PortalExterno/imprensa/noticias/Informes/1146115-reuniao-apresenta-programa-de-atencao-ao-paciente-judiciario.xhtml>. Acesso em 10 ago. 2023.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito.** 174 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas, Concentração em Direitos Humanos, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2007.

_____. **Por uma pedagogia da loucura:** experiências de assessoria jurídica popular universitária no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. 381 f. Tese (Doutorado em

Direito, Estado e Constituição). Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; ALMEIDA, Olívia Maria. A luta Antimanicomial continua! Problematizações sobre o manicômio judiciário na perspectiva da reforma psiquiátrica brasileira. **InSURgênciA: revista de direitos e movimentos sociais**, v. 3, n. 2, p. 319-347, 2017.

COSCRATO, Nathália de Moraes. **A aplicação de garantias penais às medidas de segurança no contexto da reforma psiquiátrica brasileira**. 2018. 218 f. Dissertação (Mestrado em Direito Penal, Medicina Forense e Criminologia). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

_____. MANICÔMIO JUDICIÁRIO... O PIOR DO PIOR ...”: alguns marcos do percurso de reconhecimento institucional da necessidade de compatibilização da execução das medidas de segurança com a Lei da Reforma Psiquiátrica. **Revista Científica Mais Pontal**, v. 1, n. 1, p. 1–11, 2022. Disponível em:

<https://revistas.facmais.edu.br/index.php/maispontal/article/view/1>. Acesso em: 06 out. 2023.

COSTA-MOURA, Renata. O que a clínica do crime na psicose ensina sobre a responsabilidade do sujeito? Relato da experiência do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Autor de Ato Previsto como Criminoso no Espírito Santo / SEJUS e UFES. In: **Anais do I Congresso Latino Americano de Psicanálise na Universidade: Rio de Janeiro**. UERJ, 2011.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESPÍRITO SANTO. Comunicação. **Defensores públicos assinam carta “Antimanicomial” em seminário internacional**. Assessoria de Imprensa e Comunicação Social da DPES, 2017. Disponível em:

<https://www.defensoria.es.def.br/tag/seminario-internacional/>. Acesso em 24 ago. 2023.

DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: Letras Livres; Editora UnB, 2013. 382 p.

DOTTI, René Ariel. **Curso de Direito Penal – Parte Geral**. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

DREW, Natalie; FUNK, Michelle; TANG, Stephen. et al. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. **The Lancet**, v. 378 issue 9803, p. 1664 - 1675, 2011. Disponível em:

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61458-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61458-X/fulltext). Acesso em 19 ago. 2023.

FLORES, Joaquín Herrera. **La ReinvenCIÓN de los Derechos Humanos**. Andalucía, España: Atrapasueños, Ensayando, 2008.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2014.

FÓRUM JUSTIÇA. **Relatório Geral do Seminário Internacional Defensoria Pública no Cárcere e Luta Antimanicomial**. Rio de Janeiro, 26 maio 2017.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo. Atlas. 1991.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira. Leite. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.

GOMES, Anna Luiza Castro. **A reforma psiquiátrica no contexto do movimento de luta antimanicomial em João Pessoa, PB**. 2013. 263 f. Tese (Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica. **Revista De Direito Sanitário**, v. 5, n. 1, p. 67-85, mar. 2004. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80889>. Acesso em 19 jul. 2023.

LEBRE, Marcelo. Medidas de segurança e periculosidade criminal: medo de quem. In: **Responsabilidades**, v. 2, n. 2. Belo Horizonte: TJMG, pp. 273/282, 2013. Disponível em: https://app.uff.br/observatorio/uploads/Medidas_de_seguran%C3%A7a_e_periculosidade_crimal_medo_de_quem.pdf. Acesso em 19 jul. 2023.

LHACER, Patrícia Maria Villa. **Justiça, cidadania e saúde: reflexões sobre limites, possibilidades e desafios para a implementação da reforma psiquiátrica nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no estado de São Paulo**. Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Concentração em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. 298 f.

MAGNO, Patricia. **Fissurar é preciso**. Patrícia Magno Estudos Jurídicos, 2022. Disponível em: <<https://www.patriciamagno.com.br/fissurar-e-preciso/>>. Acesso em 10 out 2023.

_____. **Nas trincheiras da luta antimanicomial**: sistematização de uma experiência da Defensoria Pública nos Manicômios Judiciários do Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Direito). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2021.

MÂNGIA, E. F.; NICACIO, F. III Conferência Nacional de Saúde Mental: efetivar a reforma psiquiátrica. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 1-2, 2002. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13887>. Acesso em 19 jul. 2023.

MASSON, Cleber. **Direito Penal**: Parte Geral; v.1; 11ed; 2017; p.955.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14^a ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2014.

MPF. MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Nota Técnica n° 05/2017-PFDCI, de 3 de maio de 2017**. Brasília, 2017. Tema Rede de Atenção Psicossocial destinada às pessoas com transtorno mental Ref.P.A.1.00.000.014900/2014-92.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS. **Implementação da Reforma Psiquiátrica na execução das medidas de segurança**. 2009. Disponível em: <<http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/cartilhadopaiili.pdf>>. Acesso em: 04. out 2023.

MOURA, Ana. **Matéria “Avanços nos tribunais é aceno positivo para a Política Antimanicomial do Judiciário”**. Agência CNJ de Notícias, Conselho Nacional de Justiça, 2023. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/direitos-humanos/politica-antimanicomial-do-poder-judiciario/noticias/>. Acesso em 19 set. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Assembléia Geral das Nações Unidas, 6 de dezembro de 2006. Disponível em: <https://www.gov.br/governodigital/pt-br/acessibilidade-digital/convencao-direitos-pessoas-deficiencia-comentada.pdf>. Acesso em 19 set. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Plan de acción integral sobre salud mental 2013 - 2020. [Internet]. Genebra: OMS; 2013. Disponível em espanhol em: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/. Acesso em 19 ago. 2023.

PANSIERI, Flávio. **Tomo Direito Administrativo e Constitucional**, Edição 1, Abril de 2017.

PRADO, Alessandra Rapassi Mascarenhas. Medida de segurança: a internação como exceção. **Revista Jurídica IUS Doctrina**, v. 14, p. 1-38, 2016. Disponível em: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/iusdoctrina/article/view/25255>. Acesso em 19 ago. 2023.

PRADO, Alessandra Rapassi Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciaários. **Revista Direito GV**. São Paulo, v. 13, n. 2, p. 628-652, maio/ago. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdgv/a/KGgqPYqS3hJqswcJK6PgqvD/abstract/?lang=pt>. Acesso em 19 ago. 2023.

PELBART, Peter Pál. **A nau do tempo-rei**: sete ensaios sobre o tempo da loucura. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

PFDC. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Ministério Público Federal. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001**. Brasília: Ministério Público Federal; 2011c. Disponível em: <https://www.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 19 ago. 2023.

PIOVESAN, Armando; TEMPORINI, Edméa Rita. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de saúde pública**, v. 29, p. 318-325, 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/fF44L9rmXt8PVYLNvphJgTd/abstract/?lang=pt>. Acesso em 19 ago. 2023.

QUEIROZ, Mariana Simões. **Medida de Segurança**: as perspectivas de um modelo amparado pela lei da Reforma Psiquiátrica. Monografia (Graduação em Direito) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020. 82p.

REBOLI, Karla Garcia; KRÜGER, Tânia Regina. Participação e saúde mental: as Conferências Nacionais de Saúde Mental. In: **Congresso Catarinense de Assistentes Sociais. Florianópolis**. 2013. Disponível em: <https://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Participa%C3%A7%C3%A3o-e-Sa%C3%A7%C3%A3o-Mental-as-Confer%C3%A3ncias-nacionais-de-sa%C3%A7%C3%A3o-Mental.pdf>. Acesso em 19 ago. 2023.

REIS, Alberto Olavo Advincula. Saúde Mental, Democracia e Responsabilidade. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**. v. 20, n.1. 2010a. p. 11-15. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822010000100003&script=sci_abstract. Acesso em 19 ago. 2023.

REIS, Alberto Olavo Advincula; MAMEDE, Margarida Calligaris; LATTARI, Maria Cristina Teixeira. **Editorial. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.** v. 20, n.1. 2010b. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/01.pdf>. Acesso em 16 ago. 2023.

RODRIGUES, Cinthia Raquel de França. **Ser Mulher e Estar no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: A Invisibilidade Visível do Gênero Feminino.** 66f. Monografia (Graduação em Direito). Universidade Federal da Paraíba, Santa Rita, 2022.

ROSATO, Cássia Maria. CORREIA, Ludmila Cerqueira. **CASO DAMIÃO XIMENES LOPES: MUDANÇAS E DESAFIOS APÓS A PRIMEIRA CONDENAÇÃO DO BRASIL PELA CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. SUR. Revista Internacional de Direitos Humanos / SUR – Rede Universitária de Direitos Humanos – v.8, n.15, dez.2011 – p. 93-113 - São Paulo, 2011.** Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/16033944.pdf>. Acesso em 16 ago. 2023.

SANTANA, Ana Flavia Ferreira. **O manicômio judiciário e seus pacientes na visão dos trabalhadores: atenção à saúde e equipamento prisional.** 170 f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde) - Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

SÃO PAULO. Conselho Estadual do Estado de São Paulo. **Deliberação do Conselho Estadual de Saúde, de 9-1-2013:** Moção de Apoio. Diário Oficial do Estado Nº 6, Seção I, quinta-feira, 10 de janeiro de 2013, Seção 1, p.43.

SENADO. **Projeto de Lei n° 236/2012.** Reforma do Código Penal Brasileiro. 2012. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/106404>. Acesso em 14 ou. 2023.

SILVA, Alexandre Evangelista da. Loucos atrás das grades: uma discussão sobre o internamento de doentes mentais nas prisões Pernambucanas nos meados do século XIX (1860-1870). In: V Colóquio de História. **Perspectivas Históricas: historiografia, pesquisa e patrimônio.** Recife: UFRPE, 2011. Disponível em: http://www.unicap.br/coloquiohistoria/?page_id=44. Acesso em 19 ago. 2023.

SILVA, Alyne Alvarez. **Das vidas que não (se) contam:** dispositivos de desinstitucionalização da medida de segurança no Pará. 345 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Curso de Pós-graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

SILVA, Janaina Lima Penalva da. **O direito fundamental à singularidade do portador de sofrimento mental:** uma análise da lei 10.216/01 à luz do princípio da integridade do direito. 146 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

SILVA, Priscila Maria de Castro. **A trajetória do portador de sofrimento psíquico no processo de desinstitucionalização:** história oral. 167f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

SILVA, Martinho Braga Batista e. As pessoas em medidas de segurança e os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no contexto do plano nacional de saúde no sistema penitenciário. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano,** v. 20, n. 1,

p.95-105, 2010. 2010. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100013. Acesso em 19 ago. 2023.

SILVA, Martinho; COSTA-MOURA, Renata. De “louco infrator” a “pessoa adulta portadora de transtorno mental em conflito com a lei”: sobre categorias governamentais e processos de vulnerabilização. **Interseções**, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, p. 301-328, 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/intersecoes/article/view/9525>. Acesso em 19 ago. 2023.

TAVARES, Juarez. **Teoria do Delito**. São Paulo: Estúdio, 2015.

VENTURINI, Ernesto. Diga o perito se a justiça é capaz de entender e querer: o poder da normalização dos anormais. **Revista Responsabilidades**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 237-247, set. 2012/fev. 2013. Disponível em: https://app.uff.br/observatorio/uploads/Diga_o_perito_se_a_justi%C3%A7a_%C3%A9_capaz_de_entender_e_querer_o_poder_da_normaliza%C3%A7%C3%A3o_dos_anormais.pdf. Acesso em 19 ago. 2023.

WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. **Entre silêncios e invisibilidades**: os sujeitos em cumprimento de medidas de segurança nos manicômios judiciários brasileiros. 2015. 211 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. 208 fs. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.