

A luta antimanicomial continua! Problematizações sobre o manicômio judiciário na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira

The anti-asylum struggle goes on! Problematizations about the judiciary asylum in the Brazilian's Psychiatric Reform perspective

Ludmila Cerqueira Correia¹
Olívia Maria de Almeida²

Resumo: O modelo hegemônico de atenção às pessoas em sofrimento mental autoras de delito centrado no manicômio judiciário tem favorecido uma assistência custodial, acentuando a cronificação dessas pessoas e produzindo violações de direitos humanos. A partir de revisão de literatura e de análise documental, este artigo discute as transformações na política de saúde mental no Brasil através das conquistas oriundas da atuação do Movimento Antimanicomial; destaca os

- 1 Doutoranda em Direito pela Universidade de Brasília. Professora adjunta no Departamento de Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba, onde coordena o Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania e integra o Grupo de Pesquisa Saúde Mental e Direitos Humanos (UFPB). Integra ainda os Grupos de Pesquisa O Direito Achado na Rua (UnB) e Direitos Humanos, Direito à Saúde e Família (UCSal), e o Instituto de Pesquisa Direitos e Movimentos Sociais (IPDMS).
- 2 Mestranda no Programa de Pós-graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas da Universidade Federal da Paraíba (PPGDH-UFPB). Graduada em Direito pela UFPB. Integra o Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania.

desafios em torno do discurso jurídico penal no campo da saúde mental; e apresenta as normativas referentes à reorientação da política de atenção a estas pessoas, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Pretende contribuir para os debates no campo da garantia dos direitos desse grupo social, sobretudo fora do manicômio judiciário.

Palavras-chave: Movimento Antimanicomial; Reforma Psiquiátrica brasileira; manicômio judiciário; O Direito Achado na Rua; direitos humanos.

Abstract: *The hegemonic mental health care model to people with mental disorders authors of crime centered in the judicial asylum has been favoring a custodial assistance, accentuating the chronification of these people and producing violations of human rights. Based on literature review and documentary analysis, this article discusses the transformations in Brazil's mental health policy through the achievements of the Anti-asylum Movement; it highlights the challenges surrounding the criminal legal discourse in the Field of mental health; and presents the norms regarding there orientation of the policy of attention to these people, from the perspective of the Psychiatric Reform. It intends to contribute to the debates in the Field of guaranteeing the rights of this social group, especially outside the judicial asylum.*

Keywords: *Anti-asylum Movement; Brazilian Psychiatric Reform; judicial asylum; Right Found on the Street; human rights.*

INTRODUÇÃO

Dentre os diversos grupos sociais vulnerabilizados que demandam atenção diferenciada, sobretudo no campo do direito à saúde, destaca-se o das pessoas em sofrimento mental autoras de delito (os chamados “loucos infratores”). Historicamente à margem do sistema de saúde, essas pessoas são tratadas na esfera da Justiça criminal durante anos e, geralmente, sem qualquer inserção prévia no serviço de referência do seu território. Assim, o direito à saúde é tema fundamental quando se discute o manicômio judiciário, lugar institucional desti-

nado às pessoas em sofrimento mental que cometem delito, tendo em vista a apartação social à qual foram submetidas.

A política de internamento e desagregação vigente no pensamento médico do século XIX permanece nos dias atuais no que se refere ao tratamento oferecido a essas pessoas, que são encaminhadas, na sua grande maioria, ao manicômio judiciário, e continuam a ser um microcosmo social diferente e separado da sociedade (MIRAVALLE, 2015). No Brasil, essa instituição é denominada Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e se configura como uma instituição total³.

A manutenção do modelo hegemônico de atenção psiquiátrica às pessoas em sofrimento mental autoras de delito tem favorecido uma assistência custodial, dificultando mudanças que venham a integrar a pessoa à sua comunidade e, especialmente, o respeito aos direitos previstos pela Constituição brasileira de 1988. Ainda hoje são constantes a falta de tratamento adequado; o excessivo uso de medicamentos; condições sanitárias precárias; maus-tratos; insalubridade; falta de acesso à justiça; reduzido número de profissionais e despreparo das/os⁴ existentes; ausência de mecanismos que preservem o vínculo com as/os familiares. Tais violações demonstram o comprometimento dessa instituição com um modelo ultrapassado, que toma o sujeito como objeto da sua ação e não garante os seus direitos (CORREIA, 2007).

Mais recentemente no Brasil, foi instituída uma nova Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das pessoas privadas de liberdade no Sistema Prisional, a qual inclui aquelas submetidas à medida de segurança, indicando a possibilidade de inserção das mesmas nos serviços de referência do Sistema Único de Saúde (SUS), e, ainda, o Serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas

3 O HCTP pode ser caracterizado de tal modo por reforçar a exclusão social e limitar a interação das pessoas ali internadas com o mundo exterior. Segundo o conceito de instituição total elaborado por Goffman (2003), esta é caracterizada pelo seu fechamento, através de barreiras inseridas para impedir as relações sociais com o que lhe é externo. Assim, o aspecto da vigilância é predominante e acentua o caráter custodial da instituição.

4 Este trabalho adota as duas variações (a/o) em ordem alfabética como forma de propor uma linguagem que seja inclusiva dos gêneros e que questione o uso do gênero masculino como universal.

aplicáveis à pessoa em sofrimento mental autora de delito, no âmbito do SUS. Tais instrumentos configuram respostas institucionais às constantes violações dos direitos humanos desse grupo social, conforme se verá a seguir.

Este artigo tratada mudanças no campo dos direitos das pessoas em sofrimento mental autoras de delito na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para tanto, discute as transformações na política de saúde mental no Brasil a partir das conquistas produzidas pela atuação do Movimento da Luta Antimanicomial; destaca os desafios em torno do discurso jurídico penal, reconhecendo-se que este ainda serve à lógica manicomial; apresenta as normativas referentes à reorientação da política de atenção às pessoas em sofrimento mental autoras de delito e os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental.

Assim, pretende contribuir para os debates no campo da garantia dos direitos das pessoas em sofrimento mental autoras de delito, sobretudo fora da instituição manicomial judiciária, como um processo complexo e de questionamento constante que integra diferentes campos do saber e da prática, reafirmando os princípios da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial.

DA CONQUISTA DO DIREITO À SAÚDE ÀS TRANSFORMAÇÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: CONTRIBUIÇÕES DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL

Diversos documentos internacionais relativos aos direitos humanos reconhecem o direito à saúde, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, o Pacto Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais, dentre outros, dos quais o Brasil é signatário. Alguns desses documentos adotam o conceito de saúde de forma mais ampla, inclusive a partir do direito à igualdade, como observam Dallari e Nunes Júnior (2010), ao destacarem este direito como im-

plícito nas ações de saúde de caráter coletivo para prevenir e tratar epidemias ou endemias.

A configuração do modelo de atenção à saúde do Brasil presente na Constituição Federal começou a ser formulado no final dos anos setenta pelo movimento conhecido como Reforma Sanitária. Conforme assinala Jairnilson Paim (2008, p. 36),

a Reforma Sanitária, enquanto fenômeno histórico e social, poderia ser analisada como idéia-proposta-projeto-movimento-processo: idéia que se expressa em percepção, representação, pensamento inicial; proposta como conjunto articulado de princípios e proposições políticas; projeto enquanto síntese contraditória de políticas; movimento como articulação de práticas ideológicas, políticas e culturais; processo enquanto encadeamento de atos, em distintos momentos e espaços que realizam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas.

E foi com a organização e consistência desse Movimento da Reforma Sanitária que se alcançaram grandes vitórias na constituinte, consolidadas no texto da Constituição Federal de 1988 com a criação do Sistema Único Saúde (SUS), baseado nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade. Com este diploma constitucional, a saúde passa a ser um direito de todos e um dever do Estado, a ser garantido através de políticas sociais e econômicas. A partir de então, as ações e serviços públicos de saúde devem integrar um sistema único descentralizado com atendimento integral e com a participação da comunidade.

O direito à saúde está incluído no capítulo da Seguridade Social da Constituição, que abrange o conjunto das políticas de Previdência e Assistência Social. O novo marco legal adota uma concepção ampliada de saúde e estabelece o direito universal a uma atenção integral: todos as/os cidadãos/os brasileiras/os, incluindo a população prisional, passam a ter o seu direito à saúde garantido por lei.

A garantia do direito à saúde como afirmação das obrigações do Estado deve ser implementada mediante a realização de políticas públicas que contem com a participação da sociedade na sua formulação e

execução, atentando-se para as especificidades dos grupos vulnerabilizados, como o das pessoas privadas de liberdade.

Como o SUS é um sistema amplo e complexo, apesar de todos os esforços que vêm sendo envidados para a sua implementação, ainda apresenta problemas de acesso, resistência do setor privado e de profissionais da saúde, tensionando permanentemente o sistema público, o que dificulta o acesso por parte de amplos contingentes, incluindo-se aí os grupos em situação de maior vulnerabilidade social (MISEREOR *et al.*, 2007), como é o caso das pessoas em sofrimento mental, e, sobretudo, aquelas encarceradas, internadas nos manicômios judiciários.

Ainda durante o século XX e início do século XXI, diversos documentos internacionais na área da saúde passam a estabelecer conexões entre o direito à saúde, os direitos humanos e os direitos das pessoas em sofrimento mental (OMS, 2005). Ademais, ressaltam-se os instrumentos nacionais, como a referida Constituição Federal de 1988 e a legislação relativa à saúde mental.

Ao longo do século XX, foram empreendidos esforços para alterar a realidade asilar mediante o desenvolvimento de outros modelos de atenção capazes de promover um maior grau de interação e de democracia nas relações existentes entre as/os trabalhadoras/es e as pessoas internadas nas instituições psiquiátricas. O advento do movimento pela Reforma Psiquiátrica marca um novo período, a partir da década de 1970, propondo a superação do modelo hegemônico de caráter excludente e discriminatório.

De todos os modelos implementados ao longo desse século, apenas com a proposta da Psiquiatria Democrática na Itália é que, de fato, se efetivou a ruptura com o hospital psiquiátrico (BASAGLIA, 1998, 2000; FOOT, 2014). A experiência italiana levou à desconstrução do manicômio, possibilitando a construção de uma rede de atenção, composta por centros de saúde mental, serviço de emergência psiquiátrica no hospital geral, serviços de saúde mental nos distritos, residências terapêuticas, cooperativas sociais, produzindo novas formas de sociabilidade e de subjetividade para

as pessoas que precisavam de apoio e cuidado (ROTELLI, AMARANTE, 1992; DELL'ACQUA, 2012).

No Brasil, inspirando-se na referida experiência italiana, diversos setores das áreas de saúde pública, especialmente da saúde mental, e dos direitos humanos convergiram esforços na tentativa de ruptura com o modelo manicomial (BASAGLIA, 2000). Fruto do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial surge em julho de 1987 no II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental com o lema “Por uma sociedade sem manicômios” (AMARANTE, 2003). Formado por profissionais, familiares e usuáries/os de serviços de saúde mental, este movimento passou a exigir a substituição do modelo hegemônico de atenção psiquiátrica, no sentido de construir outra forma de tratamento que fosse capaz de garantir os direitos das pessoas em sofrimento mental, sua dignidade e liberdade.

O Movimento da Luta Antimanicomial repercutiu em diversos estados do país, e culminou na formação de núcleos de mobilização para a aprovação de leis estaduais para a Reforma Psiquiátrica. A partir dessas mobilizações, ocorreram as conferências estaduais prévias à II Conferência Nacional de Saúde Mental. Esta Conferência foi realizada em dezembro de 1992 com o tema “A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil: modelo assistencial e direito à cidadania”. Seu relatório final foi adotado pelo Ministério da Saúde como diretriz oficial para a reestruturação da assistência em saúde mental, estabelecendo a atenção integral e a cidadania como marcos conceituais neste processo (BRASIL, 1994).

Uma questão importante nessa análise é a constituição do sujeito coletivo de direito, “o sujeito de direito que se forma na sociedade e adquire esse status pela concretude histórica de suas lutas.” (COSTA; SOUSA JUNIOR, 2008, p. 25). De acordo com Sousa Junior (2008), o sujeito coletivo de direito somente possui a titulação do direito através da coletividade, mas isso não se confunde com o mero agrupamento de direitos individuais, sejam eles difusos ou homogêneos. Tal categoria pressupõe, necessariamente, a atuação dos movimentos sociais que conciliam a bagagem histórica e o co-

nhecimento empírico de suas reivindicações ao contexto político e social em que se encontram.

É o que se observa da atuação do Movimento Antimanicomial no Brasil, que exerceu grande influência não só na elaboração de leis estaduais e de uma lei federal de Reforma Psiquiátrica, mas também na formulação das políticas públicas de saúde mental a partir das experiências que ajudou a construir em alguns municípios do país no final da década de 1980, como Santos e São Paulo, com a criação dos primeiros Núcleos e Centros de Apoio Psicossocial.

Com a constante mobilização jurídico-política do Movimento Antimanicomial, instituiu-se a Política Nacional de Saúde Mental, com uma nova perspectiva no ordenamento jurídico do país em relação à pessoa em sofrimento mental, a partir da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 (CORREIA, 2017). Ao aproximar suas reivindicações de outras questões sociais (direito à moradia, à educação, ao trabalho, à assistência social) o Movimento Antimanicomial integrou-se ideologicamente a outros movimentos sociais com objetivos semelhantes. Uma das conquistas dessa luta foi a aprovação da referida lei, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Esta legislação especial dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e sobre a reformulação do modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001), responsabilizando o Estado e a sociedade pela superação do modelo assistencial até então vigente, baseado, exclusivamente, na internação tradicional.

A Lei da Reforma Psiquiátrica trata do direito ao tratamento respeitoso e humanizado dessas pessoas, preferencialmente em serviços substitutivos, estruturados segundo os princípios da territorialidade e da integralidade do cuidado. Considera, ainda, a internação psiquiátrica como último recurso terapêutico a ser adotado, sendo a sua concretização condicionada à emissão de parecer médico com a devida explicação de seus motivos, embora isso ainda acarrete muitas controvérsias, uma vez que se trata da liberdade da pessoa.

O norteamento da Reforma Psiquiátrica brasileira encontra-se voltado para a busca da recontextualização das pessoas em sofrimento

mental por meio da garantia dos seus direitos e do exercício da cidadania. Inicialmente, propôs a estruturação de uma rede de serviços de atenção diária em saúde mental de base territorial, correspondente ao modelo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cujo projeto integra as/os usuárias/os às suas respectivas famílias e à comunidade (AMARANTE, 2007).

A Reforma Psiquiátrica vem sendo implementada a partir da mobilização de vários grupos e segmentos da Luta antimanicomial, da decisão política de governantes, da capacidade técnica em formular novas formas de compreender e lidar com a loucura por parte das/os trabalhadoras/es e gestoras/es e da capacidade de articulação das/os usuárias/os dos serviços de saúde mental e de suas/seus familiares.

A rede de serviços de atenção diária em saúde mental de base territorial, estruturada a partir desse novo modelo, temo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivo central. O CAPS constitui a principal estratégia do processo de reforma da assistência pública em saúde mental promovido pelo Ministério da Saúde em todo o país. Ao contrário das internações psiquiátricas que promovem o isolamento e a exclusão social, o objetivo dos CAPS é oferecer cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial adequados às especificidades de cada caso e, simultaneamente, desenvolver a autonomia, a cidadania e a responsabilidade, favorecendo a inclusão social das/os usuárias/os em seu próprio território (AMARANTE, 2007).

Além dos CAPS, compõem a rede de atenção psicossocial outros serviços: unidade básica de saúde, equipes de atenção básica, centros de convivência, residências terapêuticas, serviço hospitalar de referência e estratégias de desinstitucionalização, como o “Programa de Volta para Casa”.

No mês de dezembro do mesmo ano de aprovação da Lei nº. 10.216/2001 ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que teve como tema “Cuidar, sim. Excluir, não: Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social”, vinculado ao tema proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para aquele ano (BRASIL, 2002b). Já a IV Conferência

Nacional de Saúde Mental –Intersertorial (IV CNSMI), sendo pela primeira vez intersectorial, ocorreu no ano de 2010 com o tema “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. Consta no texto do relatório final desta última Conferência (BRASIL, 2010c, p. 09):

as conferências de saúde mental reafirmaram-se como dispositivo de contribuição ao debate, crítica e formulação dessa política pública, integrando-se à luta para o fortalecimento do controle social e a consolidação do SUS. O processo da IV CNSMI demonstrou, a nosso ver, que, ao contrário do argumento de que sua realização, por ser conferência temática, reforçaria a tendência à fragmentação do campo da saúde pública, observou-se um fortalecimento do controle social, do protagonismo dos usuários (no sentido amplo de usuários do SUS e específico de usuários dos serviços de saúde mental), da formulação e avaliação coletivas da política pública da saúde, na perspectiva de consolidação do SUS, e ao mesmo tempo, da transversalidade e articulação com as demais políticas públicas.

Estas duas últimas conferências também foram marcadas por etapas municipais e estaduais anteriores à realização da etapa nacional, que contaram com a participação de usuárias/os de serviços de saúde mental de diversas localidades, de profissionais e familiares, além de, na última Conferência, por seu caráter intersectorial, terem participado diversas agências intersectoriais na discussão sobre a saúde mental (BRASIL, 2010c). Sobre estas Conferências, destaca-se, ainda, no texto da terceira edição (BRASIL, 2002b, p. 13):

as Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental têm constituído dispositivos fundamentais de participação, controle social, debate e síntese democrática das diretrizes políticas principais e de medidas operacionais nestas áreas no País. No campo da saúde mental, as Conferências têm tido um papel crucial de dar continuidade ao processo, iniciado no Brasil nos anos 70, de crítica ao modelo hospitalocêntrico de assistência, e de definir as estratégias e rumos na implementação da Reforma Psiquiátrica

a partir dos anos 80, em interlocução com aspirações e experiências já em implantação em diversos países do mundo.

Os desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira são muitos, dentre eles estão a ampliação e consolidação dos serviços substitutivos previstos nos instrumentos e normas que asseguram os direitos humanos das pessoas em sofrimento mental, a capacitação permanente das trabalhadoras/es que atuam na área da saúde mental (ROSATO, CORREIA, 2011) e a efetiva reorientação do modelo de atenção à saúde das pessoas em sofrimento mental autoras de delito, com o seu atendimento pelos serviços do SUS e a extinção dos manicômios judiciários. Este trabalho irá focar neste último desafio, numa análise orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A REORIENTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SOFRIMENTO MENTAL AUTORAS DE DELITO

No Brasil, o primeiro manicômio judiciário foi inaugurado em 1921, e, com a Reforma Penal de 1984, passou a ser denominado Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), integrando o sistema penitenciário. Embora seja considerado um hospital, está vinculado às Secretarias Estaduais que administram o sistema prisional, e não às Secretarias Estaduais de Saúde (CORREIA, 2007). Como lembra Baratta (1987 apud MATTOS, 2006), os HCTPs estão situados entre o sistema carcerário e o sistema de direito ao tratamento terapêutico adequado às pessoas que padecem de transtornos mentais.

De acordo com os dados mais recentes publicados, existem no país 26 Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs), que abrangem os 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e as 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs) localizadas nos presídios ou penitenciárias, como atesta o primeiro censo realizado no Brasil nessa área (DINIZ, 2013).

Os resultados desse estudo apontam que de 3.989 pessoas internadas nesses estabelecimentos, 2.839 estavam em medida de segurança, 1.033 estavam internadas temporariamente e 117 estavam em medida de segurança por conversão de pena. Deste total de internações para cumprir a medida de segurança, 25% (741) não deveria existir em função de situações como a “cessação da periculosidade”, a sentença de desinternação, a extinção da medida de segurança ou ausência do devido processo judicial. Conforme esse censo, foram encontradas 18 pessoas internadas em HCTPs há mais de trinta anos, e 606 pessoas internadas há mais tempo do que a pena máxima para a infração penal cometida (DINIZ, 2013).

Tais dados demonstram que a população que vive nos HCTPs é desconhecida. O “louco infrator” continua invisível frente às mudanças introduzidas pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, instituída pela Lei nº. 10.216/2001, e seu abandono implica na incipiente criação e implantação de políticas públicas eficientes e num obstáculo para o cuidado em saúde mental.

Desde a fundação do primeiro manicômio judiciário em 1921 no Rio de Janeiro, não havia sido realizada nenhuma pesquisa em nível nacional voltada para este grupo vulnerabilizado, sendo o citado estudo censitário o primeiro a enfrentar esta questão, rompendo com a ausência de dados de forma política, a fim de mobilizar a população em torno das violações de direitos humanos cometidas nessa instituição.

Em regra, ao HCTP são encaminhadas as pessoas em sofrimento mental que cometeram delito e deverão ser submetidas ao exame de sanidade mental, conforme prevê o Código de Processo Penal (BRASIL, 1941), e, caso venham a ser consideradas inimputáveis, serão ali recolhidas a partir da sua absolvição e da aplicação da medida de segurança, que se diferencia da pena. A pena é aplicada somente às pessoas consideradas responsáveis e funda-se na culpabilidade, é caracterizada como uma sanção imposta a um fato concreto e passado (o delito), de forma retributiva e proporcional à gravidade e também visa promover prevenção geral e especial contra o delito. Já a medida de segurança é aplicada às/aos semi-imputáveis e inimputáveis, tomando como fundamento a periculosidade, a probabilidade de praticar novo delito.

Segundo Peres (2002, p. 346), “a pena e a medida de segurança diferem não apenas por apresentarem finalidades distintas, repressiva ou preventiva, mas, também, pelas causas, condições de aplicação e modo de execução”. A autora acrescenta que para aplicação da medida de segurança, o crime funciona como um sintoma do estado perigoso individual: como não é possível ter certeza sobre a duração desse “estado”, a medida de segurança tem duração indeterminada, e, nesse sentido, caracteriza-se como preventiva, voltada à “neutralização profilática ou recuperação do indivíduo” (PERES, 2002, p. 346).

Há dois tipos de medida de segurança: o internamento em HCTP ou estabelecimento similar e o tratamento ambulatorial (BRASIL, 1940). Ambas têm como prazo mínimo de duração um a três anos, determinado pelo juiz ou juíza, apesar de manter o seu caráter indeterminado, tendo em vista que para o seu termo final, deverá obter resposta positiva em laudo de cessação de periculosidade a ser realizado por duas/dois peritas/os. Como afirma Peres (2002, p. 353), “os limites continuam elásticos, a lógica mantém-se: o doente mental delinquente é englobado por uma estratégia que se centra na periculosidade – futuro, risco, probabilidade –, à qual cabe uma sanção indeterminada”.

O próprio Código Penal estabelece como direito das pessoas internadas o tratamento em uma instituição dotada de características hospitalares, determinando que, na sua falta, elas sejam internadas em estabelecimento adequado. A função primordial da medida de segurança deve ser o cuidado com a saúde da pessoa, conforme corrobora a Lei de Execução Penal (BRASIL, 1984). Porém, apesar de visar o tratamento, a estrutura adotada (HCTP) é baseada no modelo hospitalocêntrico, desvinculada de um sistema integrado de atenção em saúde mental.

A medida de segurança não tem conteúdo terapêutico nem identidade com a saúde, estando em descompasso com a normativa no campo do direito à saúde. Ademais, ao favorecer uma assistência psiquiátrica custodial às pessoas internadas nos HCTPs, o Estado acaba mantendo-as isoladas, impossibilitando mudanças que viabilizem a sua integração à comunidade e o respeito aos seus direitos previstos pela Constituição.

Quando se elege uma instituição com características asilares, como é o HCTP, para o tratamento das pessoas em sofrimento mental autoras de delito, verificam-se dificuldades na individualização da medida de segurança, o que inviabiliza a possibilidade de conjugar tratamento e responsabilização. Nessa perspectiva, a reabilitação daquelas pessoas deve estar diretamente relacionada ao conjunto de ações em saúde mental adotadas no país nos últimos anos, o que vem ocorrendo somente em alguns estados.

O conjunto normativo relativo às pessoas em sofrimento mental autoras de delito configuram uma área complexa, que abrange os sistemas de segurança e justiça e de saúde. Existem variações nas políticas e práticas adotadas pelos países, porém, observa-se que na maioria deles, a questão da saúde mental daquelas pessoas faz parte mais da legislação criminal do que da legislação de saúde mental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

O avanço trazido pela Lei nº. 10.216/2001 é notável, porém, ainda há questões referentes à sua abrangência em relação às pessoas internadas nos HCTP. Essa lei não excepciona do seu texto as pessoas em sofrimento mental autoras de delito, portanto, não existe uma razão para excluí-las da sua aplicação, em conformidade com o seu art. 1º, que determina que os direitos ali previstos devem ser garantidos “sem qualquer forma de discriminação” (BRASIL, 2001).

Embora essa lei não mencione explicitamente a circunstância de internação na eventualidade de autoria de delito por pessoa em sofrimento mental, trata da internação compulsória, ou seja, quando for judicialmente determinada. De acordo com a norma, independentemente das circunstâncias que precipitaram a internação psiquiátrica, esta deve se configurar como um recurso terapêutico comprometido com a reintegração social dos internos. Aqui está situada a garantia do direito à saúde de toda pessoa em sofrimento mental. Conforme aponta o “Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei n. 10.216/2001” (PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO, 2011, p. 64):

a humanização do atendimento é regra absoluta, devendo o tratamento em regime de internação ser estruturado no sentido de oferecer assistência integral à pessoa com transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (art. 4º, § 2º). É expressamente vedada a internação em instituições com características asilares e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º da mesma Lei. (art. 4º, § 3º).

Entendendo que o tema da medida de segurança exigia uma abordagem intersetorial e que a atenção à saúde da população prisional, em geral, deveria ser ajustada aos princípios e diretrizes do SUS, os Ministérios da Justiça e da Saúde passaram a atuar em conjunto. Destaca-se a realização no ano de 2002 do “Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico” (BRASIL, 2002).

No relatório desse evento consta que a Reforma Psiquiátrica deve ser “norteadora das práticas das instituições forenses” e que as questões que envolvem o manicômio judiciário devem ser discutidas com as diversas 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, 2002, p. 42). Tem-se, ainda, que o encaminhamento desse grupo social para a rede pública de saúde exige de todos os atores envolvidos “o desafio do fortalecimento da rede de atenção extra-hospitalar e a capacitação dos profissionais da Saúde e da Justiça para o redirecionamento da assistência ao louco infrator” (BRASIL, 2002, p. 6).

Predominou, portanto, o entendimento de que o SUS e a rede de atenção em saúde mental devem responsabilizar-se pelo tratamento da pessoa submetida à medida de segurança, constituindo um passo importante para a consolidação da Reforma Psiquiátrica e para a garantia dos direitos dessa pessoa (BRASIL, 2002). Ficou acordado que no Brasil não seriam construídos mais manicômios judiciários, devendo-se caminhar no sentido da desconstrução

dos que existiam, visando alcançar sua substituição (BARROS-BRISSET, 2010b).

No texto do relatório da já citada IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersertorial, em seu “Eixo III – Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial”, com destaque para o ponto sobre a Justiça e o Sistema de Garantia de Direitos que, dentre outros princípios gerais, traz o seguinte (BRASIL, 2010c, p. 121 e 122):

Outro tema de fundamental importância assinalado nas propostas aprovadas está relacionado à alteração do Código Penal Brasileiro, no sentido de excluir o conceito de “presunção de periculosidade” da pessoa com transtorno mental em situação de privação de liberdade e em presídios, sendo-lhe garantido o direito à responsabilidade, à assistência e à reinserção social, extinguindo-se a reclusão em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Ainda no plano legal, é também de vital importância a reformulação da Lei de Execuções Penais, o Código Penal e o Código de Processo Penal, de acordo com os princípios da Lei 10.216/2001, mediante a construção de soluções jurídicas, clínicas e sociais para as pessoas em sofrimento psíquico, durante o tempo que mantiverem relações com a justiça penal.

No mesmo eixo, este relatório traz propostas sobre a interface entre a saúde mental, as medidas de segurança e o Sistema Prisional, com destaque para a indicação de elaboração de “um plano nacional de Extinção do Sistema de Hospital de Custódia em prazo emergencial” (BRASIL, 2010c, p. 123). Este ponto também indica como proposta a promoção de ações de mobilização e orientação direcionadas ao Poder Judiciário, à Defensoria Pública e ao Ministério Público, a formação de comissões intersetoriais e de um fórum intersetorial, com o objetivo de garantir às pessoas em sofrimento mental autoras de delito a acessibilidade aos serviços substitutivos ao manicômio e o atendimento interdisciplinar. Propõe que sejam realizados os processos de desinstitucionalização das pessoas internadas nos HC-TPs, “realocando os recursos financeiros dos leitos hospitalares na implantação e manutenção de Serviços Residenciais Terapêuticos” (BRASIL, 2010c, p. 123).

Os debates em torno da reorientação da política de atenção à saúde para essas pessoas geraram normas e diretrizes tanto no Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCC) como no Conselho Nacional de Justiça (CNJ). O CNPCC editou resoluções nos anos de 2004 e 2010, que determinam que na execução da medida de segurança devem ser observados os princípios estabelecidos pela Lei nº. 10.216/2001, com o tratamento e cuidado em saúde mental realizado nos serviços substitutivos em meio aberto. A Resolução nº. 4, de 30 de julho de 2010, do CNPCC, no seu artigo 1º, § 1º, dispõe (BRASIL, 2010b):

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

Uma das orientações constante nessa Resolução, no seu artigo 1º, § 2º, inciso IV, é a “Inserção social, que promove a acessibilidade do sujeito aos seus direitos fundamentais gerais e sociais, bem como a sua circulação na sociedade, colocando-o de modo responsável para com o mundo público” (BRASIL, 2010b). Observa-se que é reafirmada a noção de que o cuidado em saúde mental deve ocorrer no território, em liberdade, mantendo os vínculos comunitários, e isso deve ser entendido às pessoas em sofrimento mental autoras de delito.

Ressalte-se o artigo 6º desse documento em relação ao 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).

Já o CNJ publicou a Resolução nº. 113/2010, que prevê, no seu artigo 17: “o juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível buscará implementar políticas antimanicomial, conforme sistemática da Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001” (BRA-

SIL, 2010a). No ano seguinte, o CNJ publicou a Recomendação nº. 35/2011, que dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção às/aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança, orientando as/os juízas/es a adotarem a política antimanicomial (BRASIL, 2011). Significa dizer que há um avanço no discurso do órgão de controle e aperfeiçoamento do Judiciário brasileiro, ao assimilar os princípios da Reforma Psiquiátrica no campo da execução penal, mas que precisa ecoar nas práticas das/os juízas/es que recebem, julgam e executam esses casos.

As Resoluções do CNPCP e do CNJ não têm poder de lei, mas funcionam como instrumento impulsionador para uma efetiva política de atenção integral às pessoas em sofrimento mental autoras de delito. Nesse caso, faz-se necessário o controle social por organizações da sociedade civil no sentido de pressionar as/os gestoras/es responsáveis para a devida implementação das orientações ali constantes.

Os maiores destaques no campo normativo ocorreram no início do ano de 2014, quando o Ministério da Saúde publicou novos documentos que assimilavam as orientações do CNPCP e do CNJ. Um desses foi editado juntamente com o Ministério da Justiça: a Portaria Interministerial nº. 1, de 02 de janeiro de 2014, que 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.

Conforme prevê o artigo 12 desta Portaria Interministerial nº 1, “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 Ministro de Estado da Saúde.” (BRASIL, 2014a).

No mesmo ano foram publicadas as Portarias nº. 94 e 95, do Ministério da Saúde, que instituem o serviço de avaliação e acompanhamento das medidas de segurança e seu financiamento no âmbito do SUS. Esse mecanismo de redirecionamento dos modelos de atenção às pessoas com transtorno mental autoras de delito propõe um cui-

dato integral em respeito aos direitos humanos desse grupo social (BRAIL, 2014b; BRASIL, 2014c).

A Portaria nº. 94, de 14 de janeiro de 2014, prevê a criação de um grupo de trabalho multiprofissional, denominado “Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP)”. A formação da equipe intersetorial objetiva a avaliação da situação dos incidentes de insanidade mental como forma de reduzir o período de espera das pessoas em presídios e HCTPs. Sua atuação deverá contribuir para o processo de desinstitucionalização, visando à garantia da proteção dos direitos das pessoas privadas de liberdade e o acesso aos serviços de saúde e da assistência social. Tal medida prevê também uma ação conjunta entre as administrações dos HCTPs e presídios com outros órgãos estatais, como o Tribunal de Justiça, a Defensoria Pública e o Ministério Público (BRASIL, 2014b).

A importância dessas normas está no reconhecimento de que a população confinada nos manicômios judiciários do país deveria encontrar na Política Nacional de Saúde Mental a orientação para seu tratamento, representando um avanço na ampliação de novos indicadores de diretrizes para repensar a política de atenção ao “louco infrator”, alcançando a grande maioria das pessoas ainda encarceradas nessas instituições (BARROS-BRISSET, 2010a).

As condições em que vivem as pessoas em sofrimento mental autoras de delito têm sido observadas por profissionais de órgãos, instituições e mecanismos de inspeção a instalações com privação de liberdade, na medida em que os HCTPs estão sendo incluídos no rol de unidades visitadas. A relevância da produção de relatórios destas inspeções está na publicização da realidade das pessoas internadas nos HCTPs, na atualização de dados referentes a esta população e a estas instituições, no registro das flagrantes violações de direitos e nas recomendações às direções das próprias unidades e a outros atores públicos, como a Defensoria Pública e os Poderes Executivo e Judiciário.

O Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate a Tortura (MNPCT), órgão que faz parte do Sistema Nacional de Prevenção e Combate à

Tortura, tem atuadoneste sentido. O MNPCT produz relatórios de inspeções e a atualizaçãodo quadro de informações disponíveis sobre a população internada nos HCTPs em diversos estados do país, destacando as particularidades de cada instituição acerca da infraestrutura, dos insumos básicos, da equipe profissional e da rotina institucional, além da observação da garantia de direitos do público internado⁵. Estes relatórios levam em consideração as normativas referentes a esta população, como a Lei nº. 10.216/2001 e as citadas resoluções do CNPCP e do CNJ, em consonância com os princípios e as diretrizes dasConferências Nacionais de Saúde Mental.

Por fim, desde a publicação da Lei nº. 10.216/2001 observa-se a crescente realização de eventos comtemáticas referentes à garantia de direitos das pessoas internadas nos HCTPs nas instituições e órgãos responsáveis pela execução e cumprimento da medida de segurança e nas universidades públicas e privadas do país. Evento mais recente foi realizado pela Defensoria Pública do Rio de Janeiro junto àAssociação Nacional dos Defensores Públicos (ANADEP) e a outras organizações,no mês de maio de 2017. O “Seminário Internacional Defensoria no Cárcere e a Luta Antimanicomial” teve por objetivo debater a atuação das/os Defensoras/es Públicas/os estaduais na perspectiva da Luta Antimanicomial, incluindo em sua programação reunião ampliada com o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. A carta de encerramento deste Seminário⁶ reúne as conclusões debatidas no evento, como a urgência no fechamento dos manicômios, a observação dos princípios da Reforma Psiquiátrica no contexto de aplicação das medidas de segurança e a atuação da Defensoria Pública na implementação das Portarias nº. 94 e 95 do Ministério da Saúde.

Outros eventos em nível regional e local têm ocorrido nos demais estados prevendo em suas programações debates em torno dos retrocessos referentes à Política Nacional de Saúde Mental e à garan-

5 Os relatórios do MNPCT estão disponíveis em: <<http://www.sdh.gov.br/sobre/participacao-social/sistema-nacional-de-prevencao-e-combate-a-tortura-snpct/mecanismo/mecanismo-nacional-de-prevencao-e-combate-a-tortura-mnpct>>. Acesso em: 14 out. 2017.

6 Esta carta está disponível em: <<http://www.defensoria.mg.def.br/carta-encerra-o-seminario-defensoria-no-carcere-e-a-luta-antimanicomial/>>. Acesso em: 14 out. 2017.

tia de direitos das pessoas internadas em HCTPs. No entanto, ainda representam espaços pontuais diante da urgência de se discutir esta questão em profundidade e de modo articulado, frente à condição de invisibilidade desse grupo social.

Em alguns estados, debates e ações em torno desta temática têm avançado e produzido rupturas no sistema de determinação das medidas de segurança, como as experiências do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ), em Minas Gerais, desde 2001 (BARROS-BRISSET, 2010a); o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), implantado em 2006 no estado de Goiás (SILVA, 2010); além das recentes iniciativas de criação das Equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicadas às Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), no Piauí e no Pará.

A LUTA CONTINUA!

O hospital psiquiátrico foi o grande “acolhedor” das pessoas em sofrimento mental, porém, com uma estrutura alicerçada na violência. Com a atuação do Movimento Antimanicomial e o advento da Política Nacional de Saúde Mental, busca-se a socialização e a integração dessas pessoas à comunidade, o que traz efeitos positivos, pois supera muitos mitos em torno da loucura. A adoção dos serviços substitutivos, com destaque para os CAPS, como estratégia para o cuidado em saúde mental aponta para uma mudança cultural, na qual se deseja romper com os desejos de manicômio (PELBART, 1990).

No HCTP, o tratamento tem como base a segregação da pessoa, que visa a “segurança social” contra um sujeito “perigoso” por prisão legal, e não a base terapêutica. A permanência da pessoa em sofrimento mental no manicômio apenas a cronifica: se verifica, na prática, o agravamento das condições de saúde e a perda da possibilidade de reintegração social daquelas que estão no sistema prisional psiquiátrico. A defesa social desconsidera qualquer aspecto da saúde mental e aplica uma medida de segurança que se caracteriza

pela indeterminação da sua duração e pela falta de perspectiva de um atendimento baseado no conceito do direito à saúde, evidenciando, assim, um descompasso com os princípios do SUS e com a legislação sanitária e de saúde mental.

Considerando-se que a atual legislação e política de saúde mental brasileiras propõem uma estrutura voltada para o tratamento e apoio, e não para a punição, faz-se necessária a inter-relação dessa estrutura com o sistema de justiça criminal visando a efetiva implementação do acesso aos serviços de saúde e aos demais direitos garantidos às pessoas em sofrimento mental autoras de delito.

Programas inovadores como o PAI-PJ já demonstram resultados e reflexões que trazem alguns indicadores para pensar novas diretrizes para o tratamento da pessoa em sofrimento mental autora de delito. Esse Programa aponta que as soluções de sociabilidade só podem ser alcançadas quando a pessoa em sofrimento mental conta com a secretaria de um programa complexo e com o auxílio de muitas pessoas. A equipe do PAI-PJ observa que os loucos infratores “foram aos poucos organizando um modo de tratar sua perturbação e se apresentando como sujeitos de direitos que respondem pelos seus atos na medida de sua singularidade, capazes de outras respostas que não aquelas imaginadas pela presunção de sua periculosidade.” (BARROS-BRISSET, 2010a, p. 24). O PAILI, por sua vez é um programa que favorece os direitos humanos das pessoas em sofrimento mental em medida de segurança, promovendo o atendimento da pessoa sentenciada na rede de saúde e possibilitando o acesso a outros serviços públicos, com o acompanhamento de uma equipe multiprofissional com poder de gestão e referenciamento do tratamento (SADDI, 2017).

Mesmo com as mudanças provocadas pelas experiências exitosas no Brasil nessa área e pela instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade, que prevê ações voltadas às pessoas em sofrimento mental autoras de delito e submetidas à medida de segurança, estas, na sua maioria, ainda são assistidas sob a noção da periculosidade social, constituindo-se alvo de uma dupla estigmatização: loucas e criminosas.

No projeto de reorientação do modelo vigente, faz-se necessária a construção de uma rede de proteção social para acolher essas pessoas. Para tanto, é preciso cuidar para que as desinternações sejam acompanhadas, com o encaminhamento devido aos serviços substitutivos e demais dispositivos de saúde pública e de assistência social.

Nesse sentido, é fundamental contar com a atuação efetiva dos órgãos que compõem o Sistema de Justiça, como o Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública, tendo em vista que a questão do “louco infrator” deve ter o compromisso de toda a sociedade, e as/os profissionais do direito têm papel importante em cada caso, em diálogo constante com a área da saúde mental e demais políticas públicas. Além disso, a participação ativa do Movimento Antimanicomial nessas novas proposições é fundamental, uma vez que os direitos também no campo da saúde mental estão em permanente construção. Assim, a luta antimanicomial continua!

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

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

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010a.

_____. Rede é um monte de buracos, amarrados com barbante. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. v. 20 n. 1, São Paulo, abr. 2010b. p. 83-89. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/11.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

BASAGLIA, Franco. **L'istituzionenegata**. Milano: Baldini & Castoldi, 1998.

_____. **Conferenze brasiliane. a cura di Franca Ongaro Basaglia e Maria Grazia Giannichedda.** Milano: Raffaello Cortina, 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 113, de 20 de abril de 2010. 2010a.** Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=2596>>. Acesso em: 15 out. 2017.

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Recomendação nº 35, de 12 de julho de 2011.** Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?documento=849>>. Acesso em: 15 out. 2017.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988.** 1988a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 15 out. 2017.

_____. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Institui o Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm>. Acesso em: 15 out. 2017.

_____. **Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941.** Institui o Código de Processo Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689.htm>. Acesso em: 15 out. 2017.

_____. **Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984.** Altera dispositivos do Código Penal, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7209.htm>. Acesso em: 15 out. 2017.

_____. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984.** Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm>. Acesso em: 15 out. 2017.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 15 out. 2017.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde

(SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 15 out. 2017.

_____. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 15 out. 2017.

_____. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução nº 5, de 4 de maio de 2004.** Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civil/cadeias/pe_legislacao/2004resolu05.pdf>. Acesso em: 15 out. 2017.

_____. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução nº 4, de 30 de julho de 2010.** Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança.2010b.Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpcp-1/resolucoes/resolucoes-arquivos-pdf-de-1980-a-2015/resolucao-no-4-de-30-de-julho-de-2010.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **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. 2014a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html>. Acesso em: 15 out. 2017.

_____. 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 transtornos mentais em conflito com a lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde.2014b.

Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html>. Acesso em: 15 out. 2017.

_____. 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.2014c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0095_14_01_2014.html>. Acesso em: 15 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Programas Especiais de Saúde. **Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. 1988b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf>. Acesso em: 15 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf>. Acesso em: 15 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciário: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**. 2002a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Rel_Sem_Reo_Hosp_Custodia.pdf>. Acesso em: 15 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Sistema Único de Saúde. **Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. 2002b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em: 15 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Sistema Único de Saúde. **Relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial**. 2010c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf>. Acesso em: 15 out. 2017.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental autoras de delito**. João Pessoa: Programa de Pós-graduação (Mestrado) em Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba, 2007.

_____. Enterrando o Manicômio Judiciário: contribuições da Reforma Psiquiátrica brasileira para a garantia do direito à saúde das pessoas em sofrimento mental autoras de delito. In: CORREIA, Ludmila Cerqueira; PASSOS, Rachel Gouveia (Org.). **Dimensão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica brasileira: limites e possibilidades**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017. p. 79-107.

COSTA, Alexandre Bernardino; SOUSA JUNIOR, José Geraldo de. O Direito Achado na Rua: uma idéia em movimento. In: COSTA, Alexandre Bernardino et al. (Org.). **O Direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde**. Brasília: CEAD/UnB, 2008. p. 15-27.

DALLARI, Sueli Gandolfi; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Direito sanitário**. São Paulo: Verbatim, 2010.

DELL'ACQUA, Peppe. **Dal superamento del manicômio ai servizi territoriali di salute mentale**. Roma: IDEass, 2012.

DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2013.

FOOT, John. **La “Repubblica dei matti”**: Franco Basaglia e l'apsichiatría radicalé in Italia, 1961-1978. Milano: Feltrinelli, 2014.

GOFFMAN, Ervin. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

MATTOS, Virgílio de. **Crime e Psiquiatria: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança**. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MIRAVALLE, Michele. **Roba da matti**. Il difficile superamento degli Ospedali psichiatricigiudiziari. Torino: Edizioni Gruppo Abele, 2015.

MISEREOR (et al.). **Contra informe da sociedade civil brasileira sobre o cumprimento do pacto internacional dos direitos econômicos, sociais e culturais pelo Estado brasileiro**. Brasília/Passo Fundo: MISEREOR, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação**. Genebra: OMS, 2005.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PELBART, Peter Pál. Manicômio Mental - A Outra Face da Clausura. In: **Saúde Loucura 2**. 3. ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 1990. p. 131-8.

PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9(2), p. 335-55, maio-ago, 2002.

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 n. 10.216/2001**. Brasília: PFDC, 2011.

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**. São Paulo, v. 8, n. 15, p. 93-113, dez. 2011.

ROTELLI, Franco; AMARANTE, Paulo. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR., Benilton; e AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 41-55, 1992.

SADDI, Fabiana da Cunha et al. Acolhendo Pessoas com Transtornos Mentais em Conflito com a lei dentro da Rede de Saúde – o desenho inovador do PAILI-GO. In: CORREIA, Ludmila Cerqueira; PASSOS, Rachel Gouveia (Org.). **Dimensão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica brasileira: limites e possibilidades**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017. p. 109-131.

SILVA, Haroldo Caetano. Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do Paili. **Revista brasileira crescimento desenvolvimento humano**. Vol.20. Nº 1. São Paulo, p. 112-115, abr. 2010.

SOUSA JUNIOR, José Geraldo de. **Direito como liberdade: o Direito achado na rua: experiências populares emancipatórias de criação do Direito**. Brasília: Programa de Pós-graduação (Doutorado) em Direito da Universidade de Brasília, 2008.

Recebido em: 16/10/2017.

Aprovado em: 20/11/2017.