

DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE MENTAL NA MEDIDA DE SEGURANÇA

FUNDAMENTAL RIGHT TO MENTAL HEALTH AT
SECURITY MEASURE'

DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD MENTAL EN LA
MEDIDA DE SEGURIDAD

SUMÁRIO:

1. Introdução; 2. Método; 2.1 Delineamento de pesquisa; 2.2 Procedimentos; 3. Resultado; 4. Discussão; 4.1 Política territorial de desinternação; 4.2 Noção de periculosidade e exame de verificação de cessação de periculosidade; 4.3 Atendimento em rede: projeto terapêutico singular; 5. Considerações finais; Referências.

RESUMO:

A Lei 10.216/2001 é conhecida como lei anti-manicomial, por regulamentar direitos e garantias fundamentais das pessoas com transtorno mental, e desde sua promulgação produziu inúmeras repercussões jurídica-políticas ao sistema penal. Objetivou-se identificar os avanços trazidos pela Lei 10.216/2001, para a efetivação do direito fundamental à saúde mental de pessoas submetidas à medida de segurança. Foi realizada revisão integrativa com meta-síntese da literatura nacional nas bases de dados SciELO, Oasisbr, RCAAP e Periódicos CAPES, com buscas nos períodos de 2001 a 2018. Obteve-se como principais resultados: a consolidação da política territorial de desinternação do custodiado; ênfase na superação da noção de periculosidade; a substituição do exame de verificação de cessação de periculosidade; o atendimento em rede ao custodiado e a imple-

Como citar este artigo:

SILVA, João,
SOUZA, Luanna,
MOREIRA, Hélio,
PEDROSO, Janari.
Direito fundamental
à saúde mental na
medida de segurança.
Argumenta Journal
Law, Jacarezinho – PR,
Brasil, n. 33, 2020,
p. 437-467.

Data da submissão:
18/01/2020

Data da aprovação:
23/09/2020

1. Universidade Federal do Pará - Brasil
2. Universidade Federal do Pará - Brasil
3. Universidade Federal do Pará - Brasil
4. Universidade Federal do Pará - Brasil

mentação do projeto terapêutico singular.

ABSTRACT:

Law 10.216 / 2001 is known as an anti-asylum law, as it regulates fundamental rights and guarantees of people with mental disorders, and since its promulgation has produced legal and political repercussions for the penal system. The objective was to identify the advances brought by Law 10.216/2001 for the realization of the fundamental right to mental health of people submitted to the security measure. An integrative review was performed with meta-synthesis of the national literature in the databases SciELO, Oasisbr, RCAAP and CAPES Periodicals, searching from 2001 to 2018. The main results were: the consolidation of the territorial disinternation policy of the custodian; emphasis on overcoming the notion of hazardousness; the replacement of the hazardous cessation verification examination; the network service to the custodian and the implementation of the singular therapeutic project.

RESUMEN:

La Ley 10.216 / 2001 es conocida como una ley anti-asilo, ya que regula los derechos y garantías fundamentales de las personas con trastornos mentales, y desde su promulgación ha producido repercusiones legales y políticas para el sistema penal. El objetivo era identificar los avances que la Ley 10.216/2001 ha supuesto para la realización del derecho fundamental a la salud mental de las personas sometidas a medidas de seguridad. Se realizó una revisión integradora con una meta-síntesis de la literatura nacional en las bases de datos de las revistas SciELO, Oasisbr, RCAAP y CAPES, con búsquedas desde 2001 hasta 2018. Los principales resultados fueron: la consolidación de la política territorial de desinfección de la custodia; énfasis en la superación de la noción de peligrosidad; sustitución del examen para verificar el cese de la peligrosidad; atención en red a la custodia y aplicación del proyecto terapéutico único.

PALAVRAS-CHAVE:

Saúde mental; Lei Antimanicomial; Medida de Segurança; Lei 10.216.

KEYWORDS:

Fundamental Right; Antimanicomial Law; Security Measure; Law 10.216.

PALABRAS CLAVE:

Salud mental; Ley contra el asilo; Medida de seguridad; Ley 10.216.

1. INTRODUÇÃO

Define-se direitos fundamentais como legítimas prerrogativas que, em determinado contexto histórico, concretizam as exigências de liberdade, igualdade e dignidade dos seres humanos, para assegurar ao homem digna convivência, livre e isonômica entre seus pares (PINTO, 2009). Contudo, esses direitos não nascem todos de uma única vez, mas conforme a gravidade do aumento do poder de homens sobre outros homens, novas ameaças à liberdade do indivíduo e face aos mecanismos estatais que subsidiam indigências em relação a dignidade humana (BOBBIO, 2004). Os estudos no campo da saúde mental, demonstram que houve aumento de efetivação dos direitos fundamentais das pessoas submetidas as sanções penais a partir da ressignificação do conceito de loucura e tratamento terapêutico que garantisse igualdade e dignidade desses sujeitos de direito.

A loucura, desde o século XV, era compreendida como fator de exclusão do campo social e “curava-se” os loucos com o isolamento, por se tratar de pessoas que poderiam desorganizar a sociedade pela ausência de controle sobre si, e com isso, o Estado passou a enxergá-los como patologia e miséria (FOUCAULT, 1978). A sociedade criou estruturas físicas e jurídicas contra a loucura, que alcançaram seu ápice nas instituições estatais de internamento, os manicômios (AMARANTE, 2008). O internamento genérico e crônico, consolidou a compreensão de que o louco precisava ser submetido à vigilância e ao controle, pelo Estado, para prevenção de desordem e crimes (DAMOUS; ERLICH, 2017).

Atualmente no Brasil, a pessoa louca pode ser considerada inimputável, não lhe sendo aplicada a pena quando, no cometimento de fato ilícito não era, no tempo deste fato, inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (BRASIL, 1940)¹. Não é considerado crime devido à ausência da culpabilidade, que é o nível de reprovabilidade, o que desfalca a com-

preensão tripartida de crime, na qual se deve ter fato típico, antijurídico e culpável (ZAFFARONI; PIERANGELI, 2007). Contudo, ao se comprovar a inimizabilidade penal, submete-se o louco à medida de segurança (MS), sanção penal que teria supostamente intervenção terapêutica e preventiva (SANTOS; SANTOS SEGUNDO, 2014).

O cumprimento da MS dá-se no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), que faz parte do sistema penitenciário (SANTOS; SANTOS SEGUNDO, 2014). Tem-se como regra a internação no HCTP quando o inimputável comete crimes com pena de reclusão e, o tratamento ambulatorial, para crimes com pena de detenção (EICHENBERG, 2010). A aplicação da MS segue a lógica de sanção penal, em detrimento das necessidades psíquicas do inimputável, o que promove generalização no período de internação (OLIVEIRA, 2017).

A MS é extinta com o Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade (EVCP) realizado por perícia médica e repetido anualmente (OLIVEIRA, 2017). A periculosidade é conceito trazido pelo ordenamento jurídico sem bases médicas, que está voltado a prever, durante a sanção penal, a capacidade futura do custodiado voltar a delinquir (MECLER²⁰¹⁰). Pesquisas indicam que atualmente este conceito não tem previsão legal e, o exame encontra-se implícito nas disposições dos artigos do CP/40 que versam sobre ele, o que proporciona a possibilidade de sua inconstitucionalidade diante da falta de clareza (PRADO; SCHINDLER, 2017). Os estudos demonstram que há pouca padronização na avaliação da periculosidade, devido não existir diretrizes definidoras e direcionamento técnico específico que oriente o procedimento dos psiquiatras na realização das perícias, o que acarreta inúmeras críticas ao EVCP, pois pode causar a manutenção da internação indevida (ABDALLA-FILHO, 2007).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira trouxe inúmeras repercussões jurídicas na aplicação da MS com a promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988 (CF/88) (BRASIL, 1988) e da Lei 10.216/2001², devido ao funcionamento dessa sanção penal opor-se a saúde mental como direito fundamental das pessoas custodiadas (D'ANDREA; DE BRITO; VENTURA, 2013). Ampliou-se a concepção de saúde para a noção de processo dinâmico de bem-estar físico, mental e social, que se constitui na assistência básica, como saneamento, rede pública de hospitais, alimentação e acesso a serviço multiprofissional na manutenção da dignidade

humana, na perspectiva do mínimo existencial (SILVA, 2010).

O conceito de mínimo existencial tem sido utilizado no universo jurídico como elemento necessário para a vida humana. Todavia, não se reduz aos requisitos físicos e biológicos básicos a sobrevivência do humano, pois esses elementos por si só não garantem o gozo dos direitos fundamentais inerentes a existência, mas o estende ao direito à vida, por meio da educação, saúde básica e acesso à justiça (BARCELLOS, 2002). O Estado põe-se a assegurar essas condições mínimas para atender as necessidades do viver digno, por meio de políticas públicas – ferramentas para se alcançar um objetivo (DWORKIN, 2002) – que articulam os setores estatais e a sociedade civil, a partir das especificidades do contexto concreto do cidadão (BARCELLOS, 2002).

O ordenamento jurídico brasileiro compreende que o direito à saúde, por estar no núcleo do mínimo existencial, torna-se direito humano genuíno inalienável, que deve ser protegido pelas leis e tratados, e nenhuma nação deve violar (DWORKIN, 2006), pois é norma *jus cogens*, aquelas que devem ser aceitas e reconhecidas pela comunidade internacional (CORDEIRO, D. A.; ZENELATTO, 2008). A garantia a sua prestação está presente no art. 6º e 196 da CF/88, e pressupõe a proteção individual a saúde do cidadão (Direitos Políticos e Cíveis), serviço de saúde pública (Direitos Econômicos, Sociais e Culturais) e cooperação entre os entes federativos na melhoria da qualidade de vida (Solidariedade), o que torna o direito a saúde transversal às dimensões dos direitos humanos (SILVA, 2010). A universalidade, igualdade e integralidade desses direitos pressupõe que se deve possibilitar a todos os cidadãos o acesso aos serviços de saúde, o que no Brasil é oferecido, principalmente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA, 2010).

A saúde é direito social com fundamentalidade reconhecida pela CF/88, em seu § 1º, do art. 5º, que pressupõe sua eficácia e aplicabilidade direta na ordem constitucional, logo, pode ser exigida por qualquer cidadão (SILVA, 2010). Esse reconhecimento garante o direito a prestações positivas originárias do Estado no campo da saúde (CANOTILHO 1999). Para realizá-las o Estado pauta-se no princípio da reserva do possível, que é o seu limite financeiro e jurídico de ação, para que se tenha o menor desequilíbrio no erário e melhor delimitação do interesse público (SILVA, 2010). O direito à saúde mental, por se adequar a perspectiva do interes-

se público, iguala-se ao direito à vida no status de fundamental, torna-se bem jurídico essencial à existência humana, logo, a integridade psíquica também se torna prolongamento indissociável da pessoa (DWORKIN, 2005).

Significativas pesquisas demonstram que a Lei 10.216/2001 possibilitou às pessoas com transtornos mentais gozar da atenção à saúde mental como direito fundamental a partir do pressuposto do mínimo existencial, por meio das prestações positivas de oferecimento de tratamentos terapêuticos adequados, e do princípio da reserva do possível (VENTURA, 2011). Compreendeu-se nova perspectiva de análise sobre o custodiado a partir da igualdade substancial, pois se construíram oportunidades concretas de acesso à saúde mental com abrangência de suas especificidades psíquicas, o que justifica o atendimento diferente de suas demandas sem violação do princípio da igualdade (ALMEIDA; KAZMIERCZAK, 2018).

A problemática da saúde mental não reside mais em defini-la como direito fundamental, mas sim, protegê-la em sua efetivação, por meio de ações estatais concretas (BOBBIO, 2004)³. A ampliação do conceito de sujeito de direito possibilitou maior compreensão de que na realidade concreta esse agente possui inúmeras especificidades que não poderiam ser atendidas de forma genérica, o que subsidiou a criação de mecanismo como o *discrímen* (PIOVESAN, 2007). O *discrímen* é a diferenciação benéfica do cidadão a partir de suas especificidades, para que o Estado possa sanar suas necessidades de forma efetiva e promover direitos de grupos marginalizados, como os custodiados, por meio de legislações como a Lei 10.216/2001 para a otimização da utilização da MS (SILVA, 2010).

No último censo sobre os estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico, realizado no ano de 2011, o Brasil contava com vinte e três HCTPs e três Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATP) em complexos penitenciários (DINIZ, 2013). A população era formada por 3.989 indivíduos, dos quais 2.839 estavam em MS, 117 estavam por conversão de pena e 1.033 em situação de internação temporária, pois as avaliações eram inconclusivas e pouco auxiliaram os magistrados. Os tradicionais instrumentos, técnicas e terapêuticas empregados na MS fazem com que em média de 25% (741) dos indivíduos não devessem estar internados, mas sim, com sanção penal extinta, benefício judicial de

alta ou desinternação progressiva, o que é grave as liberdades individuais (DINIZ, 2013). Os estudos indicam que após dezoito anos da promulgação da Lei 10.216/2001, alcançou-se novos avanços na efetivação do direito fundamental a saúde mental na aplicação da MS, a partir dos dados apresentados pelo censo de 2011 (DINIZ, 2013).

Reunir de forma sistemática os estudos que indicam modelos mais eficazes, cientificamente, de aplicação da MS, contribuiu para novas possibilidades de sua utilização, que aproximam o sistema de saúde do psiquiátrico-forense-penal, e diminuem a dificuldade estatal de prestação do direito integral a saúde das pessoas com transtornos mentais que praticaram injusto penal (TABORDA, 2004). Potencializa-se a adequação do sistema penal a ordem constitucional brasileira e as normas *jus cogens*, consolida-se a perspectiva da igualdade substancial, pois se oferece ao custodiado oportunidades concretas de acesso à saúde mental a partir de suas especificidades psíquicas, sem violação do princípio da igualdade (ALMEIDA; KAZMIERCZAK, 2018).

A partir desse contexto objetivou-se identificar os avanços trazidos pela Lei 10.216/2001 para a efetivação do direito fundamental à saúde mental de pessoas submetidas à medida de segurança. Discute-se esses avanços sob o prisma do mínimo existencial e o princípio da reserva do possível nas prestações positivas do Estado, para evidenciar os processos de adequação ao Estado Democrático de Direito por meio de mecanismo que garantem a manutenção dos direitos fundamentais.

2. MÉTODO

2.1 Delineamento de pesquisa

Foi feita revisão integrativa de literatura com meta-síntese (WHITTEMORE,²⁰⁰⁵; SIDDAWAY; WOOD; HEDGES, 2019), pois essa ferramenta científica é eficaz na sintetização dos resultados de múltiplas pesquisas primárias, com realização de estratégias que reduzem vieses, a partir de buscas exaustivas de todos os artigos potencialmente relevantes com critérios explícitos e reproduzíveis na seleção de artigos para revisão (NEWEL; BURNARD, 2006). Avaliou-se os desenhos e características das pesquisas primárias, para coletar a sua melhor evidência possível de resultado e identificar vazios do conhecimento (COOK; MULROW; HAYNES,¹⁹⁹⁷). Optou-se pela análise qualitativa dos dados, meta-síntese, para abranger

pesquisas quantitativas e qualitativas, o que não seria possível se a interpretação fosse feita com meta-análise, que só inclui estudos quantitativos (URRA MEDINA; BARRÍA PAILAQUILÉN, 2010).

A revisão integrativa por ter metodologia explícita, reproduzível e avaliação da validade dos resultados dos artigos, torna-se fundamental para subsidiar Práticas Baseadas em Evidências (PBE) (URRA MEDINA; BARRÍA PAILAQUILÉN, 2010). A PBE constitui-se na avaliação crítica de evidências científicas para implementá-las na prática cotidiana dos campos de saberes, como saúde mental e direito, com ampla utilização no Canadá, Reino Unido e Estados Unidos (GALVÃO; SAWADA, 2003). A interface entre direito e o campo científico da saúde, possibilita a priorização dos direitos humanos e a humanização nas tomadas de decisões de juristas, ao terem acesso a evidências que comprovem a eficácia do tratamento a determinados sujeitos.

2.2 Procedimentos

A revisão integrativa, para reunir pesquisas e informações sobre o tema abordado, consistiu em seis etapas: formulação de tema e questão norteadora, definição dos critérios de inclusão e exclusão, escolha dos descritores, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVAO, 2008). A seleção de bases de dados foi inclusa dentro da etapa de escolha de descritores, por estarem relacionadas aos aspectos de buscas.

A pergunta norteadora foi: quais os avanços trazidos pela Lei 10.216/2001 para a efetivação do direito fundamental à saúde mental de pessoas submetidas à medida de segurança? Utilizou-se as bases de dados SciELO, Oasisbr, RCAAP e Periódicos CAPES, selecionadas por serem gratuitas e indexação das revistas A1 a B2. A lista de descritores da BVS-Psi e o Glossário Jurídico do Supremo Tribunal Federal (STF) foram consultados para determinar os termos considerados adequados ao objetivo dessa pesquisa, os quais foram: Saúde mental; Lei Antimanicomial; Medida de Segurança; Lei 10.216. Realizaram-se as seguintes combinações com os booleanos (AND/OR): “Saúde mental AND Medida de Segurança AND Lei Antimanicomial OR Lei 10.216”.

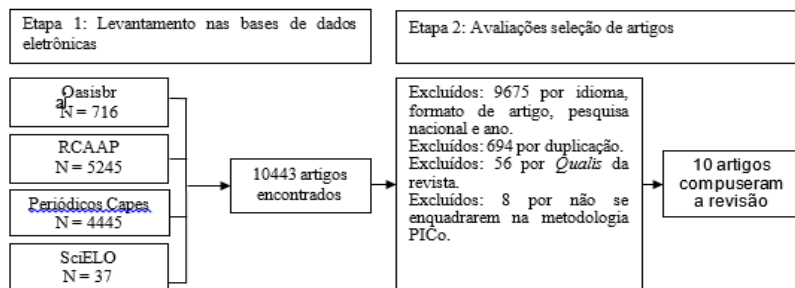
Os critérios de inclusão consistiram na seleção de artigos publicados em revistas de *Qualis/CAPES* A1 a B2, devido a maioria das revistas serem submetidas aos revisores às cegas (*double blind*); redigidos em português; com publicação no período 2001 a 2018, que corresponde ao período de publicação da lei. Artigos que respondessem à pergunta norteadora, a partir do enquadre na metodologia PICO, que é o acrônimo de População (pessoa submetida à MS), Interesse (efeitos da Lei 10.216/2001), Procedimento (revisão e/ou empírico) e “*Outcomes*” (Resultado – indicação de avanços), de pesquisa não-clínica (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

3. RESULTADO

Ao se utilizar a combinação dos descritores, foram encontrados 10443 artigos, 9675 não se enquadraram nos critérios de idioma, formato de artigo, pesquisa nacional e ano, restaram 768, dos quais 694 foram excluídos por se repetirem nas bases de dados e na combinação de descritores. Restaram 74 artigos, dos quais excluiu-se 56 ao serem submetidos à verificação do *Qualis* da revista na plataforma *sucupira*, na avaliação de periódico quadriênio 2013-2016 na área de avaliação de Direito, subsidiariamente em Interdisciplinar, por não estarem em revistas de A1 a B2. Os 18 restantes foram lidos em sua integralidade, 8 foram excluídos por não se enquadrarem na metodologia PICO. Por fim, 10 artigos selecionados compõem a pesquisa, como *corpus analítico*.

O *corpus analítico* foi novamente lido na íntegra para que se obtivesse, a partir do PICO, a organização dos principais dados dos artigos. Metade dos artigos eram oriundos de estudos empíricos de profissionais que atuam em instituições de saúde mental, que corresponde a 50% da amostra, e enfatizam a dificuldade de acesso aos HCTPs para a realização dos estudos em relação aos custodiado e aos seus dados. Os outros cinco artigos, 50%, eram revisão de literatura de profissionais acadêmicos que já tinham atuado nesses espaços, e todos realizaram análises qualitativas. Destaca-se que o ano de 2018 teve o maior número de publicações, com quatro artigos. A Figura 1 descreve o percurso da seleção dos 10 artigos.

Figura 1 – Prisma do percurso metodológico de busca, seleção e análise dos artigos



Fonte: adaptado de Galvão, Pansani, Harrad (2015).

Na sistematização dos dados, destaca-se como principais resultados dos estudos analisados: consolidação da política territorial de desinternação do custodiado e a ênfase na superação da noção de periculosidade; a substituição do exame de verificação de cessação de periculosidade; o atendimento em rede ao custodiado e a implementação do projeto terapêutico singular. Os artigos foram divididos de acordo com as temáticas que abordavam os avanços, o que subsidiou a construção das seções de discussões dos resultados, que foram as seguintes: Política Territorial de Desinternação; Noção de periculosidade e Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade; e Atendimento em Rede: os Planos Terapêuticos Individuais.

Buscou-se discutir o *corpus analítico* com referências importantes para o tema, com o objetivo de se alcançar a problematização dos resultados (FARINHA; SCORSOLINI-COMIN, 2018). A Tabela 1 evidencia os dez artigos que compuseram a amostra final, com a indicação do *Qualis* e ano de publicação.

Tabela – Artigos que compuseram a revisão por eixos principais de discussão (PRÓXIMA PÁGINA)

Tabela – Artigos que compuseram a revisão por eixos principais de discussão

Nº	TÍTULO	AUTOR	DATA	QUALIS
	Política Territorial de Desinternação			
1º	A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários	Prado; Schindler.	2017	A1
2º	O poder psiquiátrico e Seus desdobramentos no Sistema punitivo brasileiro: Novos horizontes Antimanicomiais	Amaral; Angel.	2018	B1
3º	“Essa medida de segurança é infinita ou tem prazo de vencimento?” – interlocuções e desafios entre o Direito e a Psicologia no contexto judiciário	Silva; Brandi.	2014	B1
	Noção de Periculosidade e EVCP			
4º	Quando a luta antimanicomial mira no manicômio judiciário e produz desencarceramento: uma análise dos arranjos institucionais provocados pela defensoria pública no campo da política pública penitenciária e de saúde mental	Magno; Boiteux	2018	A1
5º	A execução das medidas de segurança e a lei da reforma psiquiátrica no Brasil contemporâneo	Brasil et al.	2015	A1
6º	Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica	Jacobina Gomes	2004	B1
7º	A queda do muro: a representação do dia nacional da luta antimanicomial no jornal Folha de S. Paulo		2011	B1
	Atendimento em Rede: os PTS			
8º	Andando na contramão: o destino dos indivíduos com transtorno mental que cometem crimes no Brasil	Oliveira; Dias.	2018	B1
9º	Princípios de uma política alternativa aos manicômios judiciais	Cortez; Souza; Oliveira.	2018	B2
10º	Direito à saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP	Soares Filho; Bueno.	2016	B1

Fonte: elaborado pelos autores (2019).

4. DISCUSSÃO

4.1 Política territorial de desinternação

A reavaliação crítica e reestruturação dos serviços de saúde mental em grande parte deriva das modificações das legislações dos países sobre a temática, para acompanharem os avanços científicos, técnicos e sociais, que buscam, em última análise, ampliar a proteção a vida humana para o pleno exercício de direitos fundamentais, como a liberdade e igualdade (PRADO; SCHINDLER, 2017). A Lei 10.216/2001 estabelece como regra no art. 4º e 6º, que a forma de tratamento em saúde mental é o atendimento em liberdade e a utilização de recursos extra-hospitalares; e que a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

A reestruturação foi decisiva para o estabelecimento de novos parâmetros e perspectiva de modelos de tratamento nas políticas públicas do governo, como a Política Territorial de Desinternação (PTD) do custodiado, em substituição da institucionalização hospitalocêntrica nos HCTPs (AMARAL; ANGEL,²⁰¹⁸). A MS submeteu-se a reorganização, pois o seu principal elemento de subsistência, a periculosidade, encontra-se em

discordância com as novas perspectivas de direito à saúde mental (SILVA; BRANDI, 2014). Responsabilizar o inimputável, no enclausuramento dos HCTPs, volta-se apenas a satisfazer o animus de punição do Estado, e não alcança eficácia terapêutica, o que fere a condição de cidadão (ALMEIDA; KAZMIERCZAK, 2018).

A Resolução 46/119 da ONU (1991) principia que as instituições democráticas devem eliminar as distinções, exclusões ou preferência estatal que tenha como efeito anular ou dificultar o fruir equânime de direitos, que inclui a terapêutica eficiente das práticas de saúde mental (FORTES²⁰¹⁰). Usufruir dessa prerrogativa está relacionada ao exercício dos direitos econômicos, sociais e culturais – direitos humanos de segunda geração – o que torna possível a normatização de que a pessoa com transtorno mental autorize previamente a administração de seu tratamento, com exceção apenas quando profissional competente determinar a urgência, em função de evitar danos ao paciente e a terceiros.

A Lei 10.216/2001 pressupõe que a internação da pessoa com transtorno mental será indicada somente quando o tratamento fora do hospital se mostrar ineficaz (BRASIL, 2001). Existem três possibilidades de internação: a voluntária; a involuntária, a pedido de outra pessoa e a compulsória, que é determinada pela justiça (OLIVEIRA; DIAS²⁰¹⁸). A compulsória destina-se a situações específicas, quando já se esgotaram todos os outros recursos de intervenção e o indivíduo apresenta elevado nível de risco para si e para terceiros; pode ser solicitada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos e seja determinada pelo juiz competente (BRASIL, 2001).

Na perspectiva dos meios, extra-hospitalares, começa-se a se utilizar a rede substitutiva ao HCTP, que são: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Núcleos de Atenção Psicossocial, Centros de Atenção Diária, Hospitais Dia e o Programa “De volta pra casa” (BRASIL, 2003). Institui-se o matriciamento, o atendimento com base na construção compartilhada de propostas de intervenção pedagógico-terapêutica com a integração da rede de saúde mental e a atenção básica (CHIAVERINI²⁰¹¹). Constitui-se saída do modelo segregacionista de cuidado, internação no HCTP, para que possa ocupar espaços e se utilizar de serviços na comunidade, o que se denomi-

nou de PTD (CORTEZ; SOUZA; OLIVEIRA, 2018).

A PTD busca pela promoção de saúde mental a partir da articulação do Poder Judiciário com o SUS, com a transferência do custodiado para os centros de atenção da rede substitutiva, para se extinguir o HCTP (AMARAL; ANGEL, 2018). No Brasil, já há projetos frutos dessa articulação, como Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), instituído pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais e o Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAI-LI) do Tribunal de Justiça de Goiás (PRADO; SCHINDLER, 2017; AMARAL; ANGEL, 2018). Eles buscam eliminar o recolhimento dos custodiados a estabelecimentos de caráter segregatório crônico, auxiliar as decisões dos juízes das varas criminais, por meio de equipe multidisciplinar dos programas (PRADO; SCHINDLER, 2017).

A equipe de avaliação é composta por cinco profissionais com formações em nível superior: enfermeiro; médico psiquiatra; psicólogo; assistente social; e profissional com formação em ciências humanas, sociais ou da saúde (BRASIL, 2014). Esses profissionais realizam: estudos multifacetados sobre as condições sociais e de saúde do custodiado, mapeamento das redes substitutivas existentes, construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), tratamento ambulatorial e capacitação dos profissionais que atuam em conjunto na Rede Socioassistencial, com a indicação de medidas terapêuticas de modelos alternativos (SOARES FILHO; BUENO, 2016). Os programas de modelo extra-hospitalares já existem há dez anos, o PAI-LI está sob a gestão da Secretaria Estadual de Saúde e o PAI-PJ sob a gestão do Poder Judiciário.

Os esforços conectam os enfoques da saúde pública com os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais que se concretizam em nível individual, na efetivação do direito fundamental a saúde mental (FORTES, 2010). A PTD não se limita a medida de saúde, mas a perspectiva de redirecionamento de aplicação da MS, devido a sua inadequação em relação aos avanços de direitos e garantias que se constituíram na CF/88 e na Lei 10.216/2001, que em última análise põe-se a proteção da dignidade das pessoas custodiadas. O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) permite ao juiz competente pela execução da MS, sempre que possível, buscar operacionalizar políticas antimanicomiais (BRASIL, 2010).

Operacionaliza-se a promoção de desenvolvimento digno da vida do custodiado, o que se faz muito importante na ordem constitucional na di-

nâmica de direitos fundamentais. Toda vida humana tem valor, princípio do valor intrínseco, *intrinsic value*, que não pode ser mensurado, apenas protegido e estimulado adequadamente, pois, caso ela venha a perecer, os efeitos não se restringem aos familiares, mas a toda comunidade, pois indicará o fracasso de sua proteção (DWORKIN, 2006). A PTD ao postular o *intrinsic value*, pauta-se na reserva do possível, para prestar o mínimo existencial de acesso à Saúde, uma vez que é dever fundamental do Estado (SILVA, 2010).

O Brasil, nos últimos anos, tem se consolidado, apesar do fluxos e contrafluxos, em Estado Constitucional, em função de se utilizar do *government by policies*, governo por políticas públicas, que é a evolução do Estado de Direito, o qual se limita ao *government by law*, o governo por leis destinado a sujeitos de direitos genéricos (SILVA, 2010). O *government by policies* é a busca de operacionalização de direitos fundamentais, sem se limitar a hipermorosidade de criações de leis por meio de processos legislativos federais, devido a maior aproximação das necessidades urgentes individuais e coletivas do cidadão na sua realidade concreta.

Compreende-se que, na busca de proteção do *intrinsic value*, as políticas públicas no Estado Democrático de Direito só são implementadas depois de se conseguir eleger os direitos que serão promovidos, protegidos e efetivados em cada contexto de espaço e tempo, face as limitações de recursos financeiros e humanos (SILVA, 2010). A CF/88, ao eleger os direitos fundamentais como sua prioridade, considera que quando a saúde se postula como essencial a todos, se inclui os custodiados, pois as suas especificidades psíquicas não alteram a sua condição constitucional de sujeito de direitos que o interesse público deve proteger. O direito à saúde mental está em conformidade com a dignidade da pessoa, pois faz parte do núcleo do denominado mínimo existencial da condição humana, que o direito à saúde engloba (SILVA, 2010).

Ao estabelecer que o mínimo existencial não se reduz aos requisitos físicos e biológicos básicos à sobrevivência do humano, mas englobam também a educação, saúde básica e acesso à justiça, a Lei 10.216/2001 possibilitou reunir setores estatais, como o judiciário, o SUS, e a sociedade civil, para implementar as políticas públicas que operacionalizassem o direito a saúde mental; como PAI-LI, PAI-PJ e a PTD (BACELLOS, 2002). Essas políticas públicas expressam o mínimo existencial que a Lei

10.216/2001 conseguiu oferecer ao custodiado, o que se mostra como mudança significativa em relação ao período anterior à sua promulgação, no qual o acesso à saúde mental se restringia somente a precariedade dos HCTPs no isolamento e interação crônica.

A morosidade dos processos legislativos e a resistência de setores do sistema de justiça em alguns estados põem-se em constante conflito com a manutenção do mínimo existencial ao custodiado, ao dificultarem a possibilidade da desinternação progressiva mais célere e planos terapêuticos individualizados. A perspectiva do princípio da efetividade máxima da constituição, possibilita a Lei 10.216/2001 operacionalizar ações sem necessitar dos complexos processos para produzirem efeitos, pois os direitos sociais não são normas programáticas, pelo simples fato de necessitarem de norma integradora, mas direitos fundamentais dotado de eficácia e efetividade, aptos para aplicabilidade imediata diante de casos concretos, como os descasos dos HCTPs (BARROSO, 2006).

4.2 Noção de periculosidade e exame de verificação de cessação de periculosidade

No Brasil, diz-se que a aferição da periculosidade criminal possui três fases: diagnóstico clínico, prognóstico atuarial e o exame anamnésico (DIETER, 2012). O primeiro interpreta e avalia sinais e sintomas da personalidade para concluir qual o grau de periculosidade; o segundo faz avaliação de fatores comportamentais de grupos populacionais e sua correlação com as estatísticas indicadoras de periculosidade; e o terceiro pretende avaliar a possibilidade de práticas violentas futuras a partir das passadas. Há, contudo, críticas a esse modelo por objetivar exclusivamente a probabilidade de prática futura de comportamento agressivo, em detrimento das possibilidades de construção de tratamento (BRASIL, 2015).

A periculosidade é tida como potencialidade e aptidão para causar ações danosas para os bens jurídicos protegidos pelo Direito Penal (JACOBINA, 2004). Em tese, toda pessoa tem potencialidades para essas ações, contudo, adota-se o princípio da presunção de periculosidade para o inimputável que pratica o injusto penal e, posteriormente, atestado no incidente de insanidade. Tanto a presunção quanto a aferição são problemáticas, precárias na avaliação dos elementos subjetivos, não se tem precisão sobre a intenção do agente (JACOBINA, 2004). A MS impossibilita

o acesso à saúde mental, ao ser pautada na presunção jurídica de periculosidade que conduz coercitivamente o custodiado a internação, sem base de eficácia terapêutica.

A Lei 10.216/2001 ampliou a discussão e enfatizou a crítica sobre a noção de periculosidade, ao postular que é incoerente uma única ciência determinar a probabilidade de delinquir do ser humano inserido em uma realidade complexa, permeada por infinitos fatores biopsicossociais (GOMES,²⁰¹¹). A noção de complexidade é apropriada pela Lei 10.216/2001, na qual diz que, tudo está inter-relacionado e interdependente. Ao mesmo tempo em que o homem é *sapiens* também é *demens*, e vive o processo em que a razão e a loucura são complementares e indissociáveis, pois são constitutivos do ser humano (MORIN, 2007).

Consequência desse contexto é que se começa, em alguns estados, a substituir o Exame de Verificação da Cessação de Periculosidade (EVCP), ultrapassado, em termos científicos, por ser baseado somente na avaliação psiquiátrica, pelo Exame Multiprofissional e Pericial de Avaliação Psicossocial (EMPAP), para que se pudesse alcançar tratamento adequado a partir dos complexos de conhecimentos em saúde mental (MAGNO; BOITEUX, 2018). O EMPAP não mais indica se o sujeito é ou não perigoso, mas sim, se a pessoa tem ou não condição clínica de ser desinternado e continuar o tratamento em meio comunitário, porque é a estrutura social que precisa se adequar para acolhê-lo enquanto cidadão. Essa mudança dá-se com leituras críticas de direitos humanos e criminologia, política pública penitenciária que busca sintonizar-se com a reinserção social do paciente em detrimento da periculosidade (MAGNO; BOITEUX, 2018).

O EMPAP é composto de duas partes: Exame Pericial de Avaliação Psicossocial, realizado por perito habilitado, e Exame Multiprofissional de Avaliação Psicossocial, de responsabilidade da equipe assistente. Ambas as partes são reunidas na Secretaria de Administração Penitenciária encaminhadas para o sistema de Varas de Execuções Penais Virtuais, em até 10 dias úteis. Essa modalidade de exame já é plenamente utilizada pela Defensoria Pública do RJ a partir do modelo do PAI-LI/GO (MAGNO; BOITEUX, 2018). A Lei 10.216/2001 põem-se a produzir ações, que visam superar a prática limitada e segregacionista de verificação da periculosidade, que possam estabelecer averiguação periódica do processo de reintegração social do custodiado.

A Lei 10.216/2001, nos últimos anos, operou mudanças na noção e realização do diagnóstico do custodiado, para que se levassem em conta a ampliação do conceito de sujeito de direitos e garantias fundamentais (DELOLMO; CERVI, 2017). As democracias contemporâneas devem possibilitar o progressivo e integral gozo de direitos, não apenas por imposição de limites as suas atuações, mas por *government by policies* na atuação com seus governados (VENTURA, 2010). O Poder Judiciário, na reserva do possível, de sua competência, deve buscar garantir a igualdade, liberdade e o respeito às diferenças em relação ao custodiado por meio da consolidação do EMPAP e o PTD, na reestruturação de aplicação da MS. Deve-se, para isso, enfrentar a resistência de um modelo encarcerador e manicomial que acredita que a clausura destas pessoas é sempre o primeiro horizonte.

O judiciário deve buscar oferecer atenção aos custodiados, com o reconhecimento das diferenças, mas sem que se produza ou reproduza desigualdades. Para garantir esse pressuposto deve-se adotar concomitantemente as políticas públicas universalistas – como o SUS – as específicas – como o “De volta pra casa” – que possibilitam diminuir sua vulnerabilidade no cumprimento da MS (PIOVESAN, 2004). A Lei 10.216/2001, em última instância, exige a ressignificação da ética dos profissionais envolvidos na aplicação da MS, para que se possa prestar o serviço de saúde mental eficaz a singularidade de cada custodiado em sua condição de cidadão no sistema democrático.

Os princípios da dignidade humana, democracia e diversidade são tomados como paradigmas a serem observados na aplicação da MS, para que se consiga alcançar justiça com equidade no sistema penal (DWORKIN, 2002). Entende-se que o Estado tem de se valer da igualdade distributiva ao investir em todos os serviços de saúde, que é oferecer parcelas de recursos suficientes para efetivar os direitos fundamentais de qualquer cidadão (DWORKIN, 2002). A Lei 10.216/2001 oferece aos custodiados recursos médicos, jurídicos, psicológicos e sociais para que seu tratamento alcance a eficácia terapêutica necessária ao seu desenvolvimento biopsicossocial.

A disponibilização desses recursos aos custodiados exige reinterpretação do princípio da reserva do possível, o conjunto de limitações do Estado na promoção de políticas públicas, em constantes diálogos com

órgãos e instituições estatais envolvidas na execução da MS, como SUS e Judiciário. A Lei 10.216/2001 o interpreta como parâmetro da administração pública para atender as necessidades sociais e individuais mais urgentes, e não obstáculo absoluto e intransponível ao gozo e concretização de direitos, em razão da escassez de recursos estatais para a efetivação de direitos fundamentais do cidadão (SARLET; FIGUEIREDO,²⁰⁰⁷).

O direito à saúde mental enquadra-se no contexto de urgência devido ser o núcleo base de existência do custodiado no sistema penal (SILVA, 2010). A Lei 10.216/2001 construiu meios adequados para alcançar a efetivação desse direito, ao restringir os exageros do punitivismo penal nos HCTPs, e se ter o equilíbrio entre o meio utilizado e o objetivo a ser alcançado (proporcionalidade em sentido estrito) (SOUZA NETO; SARMENTO,²⁰¹²). Esse processo constitui-se como a expressão a vedação ao retrocesso, ao possibilitar a saída do custodiado do sistema penal, que acabou por desenvolver práticas atentatórias a dignidade humana, como a internação crônica e violências físicas.

O princípio da razoabilidade e proporcionalidade na MS é útil ao atendimento às necessidades terapêuticas do custodiado, pois impõe que esta seja legítima em suas ações na promoção e proteção do direito à saúde mental, o que era ausente antes da promulgação da Lei 10.216/2001 (SOUZA NETO; SARMENTO,²⁰¹²). A PTD (com PAI-PJ, PAI-LI) e o EMPAP (com superação da noção de periculosidade), mostram-se como menos gravosos a reestruturação da MS. A restrição do poder punitivo do Estado imposto ao custodiado, é compensada por ganho maior no custo-benefício, que é a sua reinserção ao campo social, para que possa voltar a fazer parte diretamente dos processos produtivos (SOUZA NETO; SARMENTO,²⁰¹²).

A reinserção, ao mesmo tempo que é vedação ao retrocesso na realidade concreta, é articuladora do Poder Judiciário com o SUS, que faz parte do Poder Executivo, dentro dos limites da separação de poderes, para que não se burlasse o princípio da reserva do possível nas prestações positivas do direito social a saúde mental do custodiado. A Lei 10.216/2001 se utiliza desse princípio, reinterpretado, para sinalizar ao interesse público a necessidade e viabilidade de implementação de seus pressupostos, na construção do acesso do custodiado à saúde mental durante execução da MS, para que o Estado redirecione o investimento destinados aos HCTPs

para novas políticas públicas mais eficazes no cuidado terapêutico (SILVA, 2010).

4.3 Atendimento em rede: projeto terapêutico singular

O HCTP faz parte do sistema prisional, como dispõe a Lei de Execução Penal de 1984 (LEP/84) (BRASIL, 1984), o que é contrário à noção de tratamento terapêutico, pois deveria ser unidade de saúde integrada a rede SUS e SUAS (Sistema Único de Assistência Social) (PRADO; SCHINDLER, 2017). Para contornar essa antinomia institucional, criou-se a Portaria Interministerial nº 001/2014, que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, que complementa a nº 1.777/2003, que proporciona a utilização de cada unidade básica de saúde prisional como ponto de acesso a Rede de Atenção à Saúde do custodiado. A Portaria Interministerial nº 95/2014 viabiliza o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, por meio da equipe de avaliação e acompanhamento.

A aproximação do HCTP ao SUS alcança seu ponto máximo em 2010, quando o CNJ estabelece a resolução nº 113 que incluiu à Lei 10.216/2001 a aplicação da MS juntamente com a LEP/84 (BRASIL, 2010). O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária passou a operacionalizar os princípios da lei para a realização de atendimento em rede dos custodiados com o acompanhamento psicossocial contínuo, individualização da medida imposta, respeito às singularidades psíquicas, sociais e biológicas e a inserção social (OLIVEIRA; DIAS, 2018).

As reorganizações interministeriais articularam a política pública de saúde mental com as criminais e penitenciárias, para que se pudesse proporcionar o acesso efetivo ao serviço de saúde mental, como procedimentos terapêuticos extra-hospitalares (MAGNO; BOITEUX, 2018). Os dois principais mecanismos que promoveram a efetivação, foram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o Projeto Terapêutico Singular (PTS). A Lei 10.216/2001 estruturou o cuidado com o custodiado em vários níveis de complexidade, por meio de sua inserção na RAPS, baseado na convivência dentro da sociedade como cidadãos e, a partir do *discrímen*.

Os serviços na RAPS são direcionados pelo PTS, no qual cada custodiado recebe tratamento individualizado voltado para sua condição psí-

quica singular, e o técnico de referência e demais profissionais trabalham de acordo com suas necessidades e demandas (OLIVEIRA; DIAS, 2018). O técnico de referência é responsável pela construção, avaliação constante do PTS, acompanhamento e mediação do percurso terapêutico nos pontos de acesso a rede de saúde com o custodiado e sua família (GRIGOLO, 2015). O PTS concretiza a terapêutica individualizada, pela progressiva reinserção social, o acesso à saúde, desconstituição do controle formal punitivo e ascensão do controle social comunitário da atenção psicossocial (MAGNO; BOITEUX, 2018).

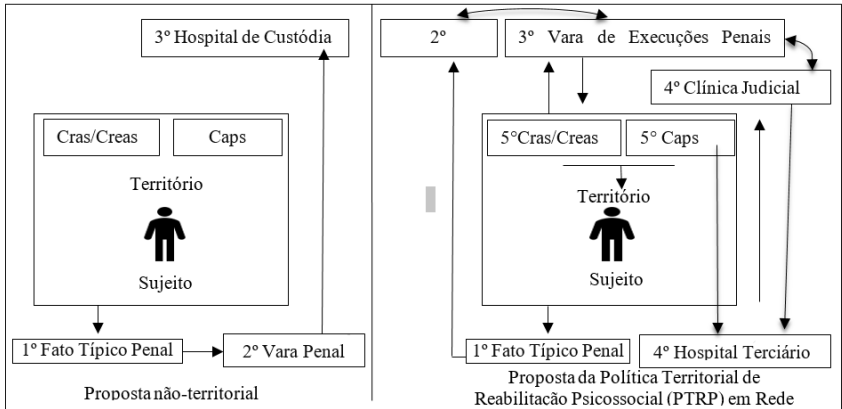
A RAPS e PTS sinalizam que o critério para definir o tipo de MS deve considerar a necessidade do custodiado, e não a gravidade do delito, uma vez que, o que se quer alcançar é o fim terapêutico (PRADO; SCHINDLER, 2017). O magistrado deve ser auxiliado por equipe multiprofissional ao analisar esse aspecto, pois existem lacunas entre a abordagem jurídica e a médica quanto a compreensão das doenças mentais, como os conceitos de doença mental, perturbação da saúde mental, desenvolvimento mental incompleto e desenvolvimento mental retardado empregado pelo CP/40, que tem pouca correspondência clínica com a literatura psiquiátrica (OLIVEIRA; DIAS, 2018).

Evita-se abordagens generalizantes e tratamentos homogeneizantes, para garantir o acesso ao tratamento adequado na prestação do serviço público, ao se abarcar as diferentes especificidades do custodiado (SILVA, 2010). A aplicação da MS passa a desenvolver o acompanhamento terapêutico do custodiado com a reorganização dos espaços de execuções penais (MOREIRA; ONOCKO-CAMPOS, 2017). Busca-se operacionalizar-se, por meio de varas judiciais de execuções penais especializadas em saúde mental, em articulação ao SUS e a RAPS (CORTEZ; SOUZA; OLIVEIRA, 2018).

O fato típico é reconhecido a partir do sujeito situado em seu território, de forma que as execuções relativas ao ato devem ser pensadas em sentido funcional, com o intuito de reintegrá-lo (CORTEZ; SOUZA; OLIVEIRA, 2018). Da vara de execução penal especializada encaminha-se o indivíduo à clínica judicial. Realizado a construção do PTS, encaminha-se ao dispositivo territorial para execução do plano terapêutico. A RAPS, CAPS e Hospital Geral Terciário serão responsáveis por recebê-lo e mantê-lo em tratamento. O CRAS E CREAS oferecem assistência psicossocial

aos custodiados, e reportam à vara de execuções penais especializada em saúde mental questões relativas à inserção no território, vínculos familiares e comunitários (CORTEZ; SOUZA; OLIVEIRA, 2018). A Figura 2 sistematiza a articulação da proposta da Política Territorial de Reabilitação Psicossocial em rede, em oposição ao atual modelo.

Figura 2 – Comparativos de modelos da Medida de Segurança



Fonte: adaptado de Cortez; Souza; Oliveira (2018).

A prestação do serviço da saúde mental não é fenômeno isolado, necessita da rede de serviços, pois o custodiado é resultado das contingências econômicas, sociais e ambientais em que está inserido (VENTURA; BRITO, 2012). É essencial analisá-lo por completo, como avaliar aspectos de acesso a serviços da rede de atenção básica. Pressupõe-se nessa análise o princípio da equidade, pois não é suficiente apenas o direito de acesso ao serviço de saúde, mas os subsídios para utilizá-los (SEM, 2000). A Lei 10.216/2001 ao articular a rede substitutiva extra-hospitalar, proporcionou o PTS ser a principal ferramenta de acesso a saúde mental na execução da MS.

A concepção de atendimento em rede pauta-se na preocupação integral ao custodiado, para que possa desenvolver suas capacidades humanas e preservar sua integridade, o que perpassa pela efetivação da justiça como equidade, pois eles também são titulares e destinatários dos serviços de saúde pública prestado pelo Estado (DAOU; BRITO FILHO, 2017). Ao

prestar-lhes o mínimo existencial busca-se satisfazer as suas necessidades básicas, e para alcançar esse fim, se for necessário, pode-se tratá-los de forma diferente para garantir a igualdade de atendimento (RAWLS, 2016).

A Lei 10.216/2001 opera por meio da justiça substantiva, pois busca a igualdade substancial de oportunidade de acesso aos direitos, serviços e bens sociais que possam proporcionar o bem-estar ao custodiado. A ação estatal evoluiu da igualdade formal – estática das revoluções burguesas, pautada no ideal falso de igualdade perante às leis e oportunidades de acessos a direitos – para a igualdade substancial. Sinaliza-se a necessidade de medidas desigualadoras – ações estatais que buscam construir políticas públicas a partir das diferenças biológicas-cognitivas e sociais-econômicas dos sujeitos – em função de suas especificidades, mas que ao mesmo tempo não ofereçam ou reproduzam processos excludentes de grupos (SEN, 2000).

As medidas desigualadoras são possíveis a partir da ampliação do conceito de sujeito de direitos, que foi imerso nas dimensões da pluralidade, viável pela utilização do *discrímen*, para promover direitos de grupos marginalizados e vulneráveis, como os custodiados (SILVA, 2010). A Lei 10.216/2001 ao abandonar o sujeito de direito genérico, aumenta seu alcance na realidade concreta do custodiado no interior dos HCTPs, pois enxerga de fato suas necessidades. A utilização do *discrímen* está em consonância com a igualdade substancial, pois busca a partir das diferenças, tratar o custodiado com paridade de proteção e acesso a direitos e garantias fundamentais, independentemente se está submetido a MS.

A CF/88 ao articular a igualdade substancial e o *discrímen*, possibilitou não somente vedar a discriminação de qualquer ordem na aplicação da MS, mas também oportunizou a criação de mecanismos de operacionalização de direitos fundamentais, como a Lei 10.216/2001. Viabiliza-se a justiça distributiva, virtude primária das instituições estatais, que buscam garantir ao cidadão a inviolabilidade de sua condição de pessoa humana (RAWLS, 2016). Os direitos e garantias fundamentais dos custodiados, não se submetem a negociação política e tão pouco permitem seus sacrifícios como contrapartida a maiores vantagens de segurança aos que estão fora dos HCTPs.

Instituições, leis e institutos jurídicos, como os HCTPs e MS, que se põem na contramão da virtude de justiça distributiva, por mais eficaz que

possam parecer, devem ser reformuladas ou abolidas (RAWLS, 2016). A Lei 10.216/2001 operou suas atividades nas evidências de injustiças, inefetividades, retrocessos e violações a dignidade humana do custodiado, para que as instituições responsáveis pela execução da MS não realizassem diferenciações arbitrárias baseados na legalidade. O princípio da não discriminação é intrínseco ao da igualdade substancial, para se consolidar os pressupostos de que todos são criados iguais, valor primário da pessoa, independente de seus traços genéticos ou condições sociais, todos detém o status constitucional de sujeito de direito (SILVA, 2010).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo alcançou o objetivo de identificar os avanços trazidos pela Lei 10.216/2001 para a efetivação do direito fundamental à saúde mental de pessoas submetidas à medida de segurança. Destaca-se o desenvolvimento da Política Territorial de Desinternação; a implementação do Exame Multiprofissional e Pericial de Avaliação Psicossocial; o atendimento em rede, como o Projeto Terapêutico Singular; a superação da noção de periculosidade, para se permitir acesso efetivo ao tratamento adequado de saúde mental do custodiado.

Esses avanços dão-se principalmente diante da compreensão dos limites do modelo manicomial e da atuação do sistema penal. Aprimoraram-se a construção de cuidados, os quais passaram a ser realizados de forma singular a partir de avaliações multiprofissionais, que permitem a melhor compreensão dos quadros clínicos na construção do diagnóstico e maior autonomia de participação do custodiado em seu tratamento terapêutico na execução da MS. A Lei 10.216/2001 figura como principal expoente em política pública direcionada ao serviço de saúde mental ao custodiado em MS.

O esforço de consolidação do Estado Democrático de Direito no país, com a promulgação da CF/88, contribui para esse processo reinterpretando o princípio da reserva do possível para prestar acesso à educação, justiça e saúde, mínimo existencial, em articulação de políticas públicas de saúde mental e criminais na reestruturação da MS.

O estudo pode auxiliar os estados brasileiros que operam em modelos manicomial, a conhecer melhor os avanços e benefícios que os modelos alternativos proporcionaram aos custodiados superando as resistên-

cias ainda existentes.

O limite do estudo dá-se ao fato de não ter sido encontrado artigos que trabalhassem os dados de HCTPs de todas as regiões do Brasil, o que dificultou a análise do panorama geral sobre a temática. Ressalta-se a importância de novas pesquisas direcionadas a compreender os avanços da efetivação de forma multicêntrica, para a verificação das semelhanças e diferenças das demandas de cada contexto, o que auxiliaria melhor a construção da política nacional de assistência ao custodiado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. G.; KAZMIERCZAK, L. F. A aplicação da medida de segurança no Brasil e o modelo penal-psiquiátrico do asilamento sob a ótica da Lei 10.216/01. In: ALVES, F. de B. POZZOLI, L. SILVA, M. A. M. (org.). **Direitos fundamentais: construção do saber jurídico no exercício da cidadania**. Curitiba: Instituto Memória Editora, 2018. p. 51-89

ABDALLA-FILHO, E. Objetividade e subjetividade na psiquiatria forense. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 35, n. 2, p. 113-114, 2013.

AMARAL, A. J. do; ANGEL, C. O. O poder psiquiátrico e seus desdobramentos no sistema punitivo brasileiro: novos horizontes antimanicomiais. **Argumenta Journal Law**, n. 28, p. 397-424, 2018.

AMARANTE, P. **Saúde mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2008.

BARCELLOS, A. P. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: o princípio da dignidade da pessoa humana**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

BARROSO, L. R. **O direito constitucional e a efetividade de suas normas: limites e possibilidades da constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. **Institui a Lei de Execução Penal**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF 11 de julho de 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm. Acesso em: 07 dez. 2019.

_____. Decreto-lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF 7 de dezembro de 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decre

to-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 07 dez. 2019.

_____. **Constituição.** República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 05 out. 1998.

_____. Lei n 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF 6 de abril de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 07 dez. 2019.

_____. Lei n 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 República Federativa do Brasil, Brasília, DF 31 de julho de 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm. Acesso em: 07 dez. 2019.

_____. Portaria nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF 02 de janeiro de 2014. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 07 dez. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF 14 de janeiro de 2014. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html. Acesso em: 07 dez. 2019.

_____. Resolução nº 113, de 20 de abril de 2010. Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF de 20 de abril de 2010. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/files/atos_administrativos/resoluo-n113-20-04-2010-presidencia.pdf. Acesso em: 07 dez. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003. Institui aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema

Penitenciário, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF 09 de setembro de 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/pri1777_09_09_2003.html. Acesso em: 07 dez. 2019.

_____. Ministério da saúde. Nota técnica nº 11/2019-CGMAD/ DA-PES/ SAS/ MS. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

BRASIL, M. et al. A execução das medidas de segurança e a lei da reforma psiquiátrica no Brasil contemporâneo. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM**, v. 10, n. 2, p. 768-787, 2015.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Nova edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

CANOTILHO, J. J. G. **Direito constitucional e teoria da constituição**. Coimbra: Livraria Almedina, 1999.

CHIAVERINI, D. H. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COOK, D. J.; MULROW, C. D.; HAYNES, R. B. Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. **Annals of internal medicine**, v. 126, n. 5, p. 376-380, 1997.

CORDEIRO, D. A.; ZENELATTO, N. V. B. Os Direitos Humanos como Normas Imperativas de Direito Internacional e a Corte Europeia de Direitos Humanos. **Revista Eletrônica do CEJUR**, v. 1, n. 3, 2008.

CORTEZ, P.; SOUZA, M.; OLIVEIRA, L. Princípios de uma política alternativa aos manicômios judiciais. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 1206-1217, 2018.

DAMOUS, I.; ERLICH, H. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 911-932, 2017.

D'ANDREA, G.; DE BRITO, E. S.; VENTURA, C. A. A. Direito à saúde mental e evolução da medida de segurança à luz da reforma psiquiátrica.

Revista Eletrônica da Faculdade de Direito de Franca, v. 7, n. 1, 2013.

DAOU, H.; BRITO FILHO, J. Repensando o direito à saúde e a responsabilidade do estado à luz da teoria de justiça de John Rawls. **Revista de Teorias da Justiça, da Decisão e da Argumentação Jurídica**, v. 3, p. 22-38, 2017.

DEL'OLMO, F. de S.; CERVI, T. M. D. Mental Suffering and Human Person Dignity: the Challenges of Psychiatric Reform in Brazil. **Sequência** (Florianópolis), n. 77, p. 197-220, 2017.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: **DeCS. 2019**. ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2017. Disponível em: < <http://decs.bvsalud.org> >. Acesso em 22 de jun. 2019.

DIETER, M. **Política Criminal Atuarial: A Criminologia do fim da história**. Rio de Janeiro: Revan, 2012.

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

DWORKIN, R. **Is Democracy Possible Here? Principles for a New Political Debate**. Princeton: Princeton University Press, 2006.

_____. **Levando os direitos à sério**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2002.

_____. **A virtude soberana: a teoria e a prática da igualdade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

EICHENBERG, M. H. **Panorama Geral das Medidas de Segurança e o Projeto de Lei da Castração Química**. 2010. 83 f. Monografia (Bacharel em Direito). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

FARINHA, A. J. Q.; SCORSOLINI-COMIN, F. Relações entre não maternidade e sexualidade feminina: revisão integrativa da literatura científica. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 10, n. 1, p. 187-205, 2018.

FORTES, H. M. Compulsory treatment and admission to psychiatric hospital. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, p. s321-s330, 2010.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na idade clássica**. São Paulo, SP: Perspectiva, 1978.

GALVÃO, T.; PANSANI, T.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 24(2), 335-342, jun. 2015.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O. Evidence-based practice: strategies for implementation in nursing. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 56, n. 1, p. 57-60, 2003.

GOMES, D. A queda do muro: a representação do dia nacional da luta antimanicomial no jornal Folha de S. Paulo. **Lumina**, v. 5, n. 1, 2011.

GRIGOLO, T. M. et al. O projeto terapêutico singular na clínica da atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 7, n. 15, p. 53-73, 2015.

JACOBINA, P. **Direito penal da loucura**: medida de segurança e reforma psiquiátrica. *Revista de Direito Sanitário*, v. 5, n. 1, p. 67-85, 2 mar. 2004.

MAGNO, P.; BOITEUX, L. Quando a luta antimanicomial mira no manicômio judiciário e produz desencarceramento: uma análise dos arranjos institucionais provocados pela defensoria pública no campo da política pública penitenciária e de saúde mental. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 8, n. 1, 2018.

MECLER, K. Periculosidade: evolução e aplicação do conceito. **Journal of Human Growth and Development**, v. 20, n. 1, p. 70-82, 2010.

MENDES, K.; SILVEIRA, R.; GALVAO, C. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008.

MOREIRA, M. I. B.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 462-474, jun. 2017.

MORIN, E. **O método 5**: a humanidade da humanidade. Porto Alegre: Sulina, 2007.

NEWELL, R.; BURNARD P. **Vital Notes for Nurses**: Research for evidence-based practice. New Jersey: Wiley Blackwell; 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Assembleia geral**. *Resolução 46/119 de 17 de dezembro de 1991*. Dispões sobre princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental. Disponível: em: <http://www>.

patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2015/09/Princ%C3%AD-pios-ONU-rote%C3%A7%C3%A3o-pessoas-transtorno-mental.pdf?x20748. Acesso em: 07 dez. 2019.

OLIVEIRA, A.; DIAS, F. Andando na contramão: o destino dos indivíduos com transtorno mental que cometem crimes no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, e280305, 2018.

OLIVEIRA, F. Reflexo derogatório da sistematização da medida de segurança detentiva do código penal sob a vigência da lei antimanicomial à luz dos princípios constitucionais e da prevalência dos direitos humanos. **Revista Eletrônica Direito e Política**, v. 12, n. 2, p. 849-880, 2017.

PINTO, A. G. G. Direitos Fundamentais Legítimas Prerrogativas de Liberdade, Igualdade e Dignidade. **Revista EMERJ**, v. 12, n. 46, p. 126-140, 2009.

PIOVESAN, F. **Direitos Humanos e justiça internacional**: um estudo comparativo dos sistemas regionais europeu, interamericano e africano. São Paulo: Saraiva, 2007.

_____. Social, economic and cultural rights and civil and political rights. **Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 1, n. 1, p. 20-47, 2004.

PRADO, A.; SCHINDLER, D. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade de pacientes judiciários. **Rev. direito GV**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 628-652, ago. 2017.

RAWLS, J. **Uma teoria da justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 2016.

SANTOS, Q.; SANTOS SEGUNDO, I. Medida de Segurança: (In) compatibilidades no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Rev. SJRJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 40, p. 245-267, 2014.

SANTOS, C. M. da C.; PIMENTA, C. A. de M.; NOBRE, M. R. C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, v. 1, n. 1, p. 171-213, 2007.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SIDDAWAY, A. P.; WOOD, A. M.; HEDGES, L. V. How to do a systematic

review: a best practice guide for conducting and reporting narrative reviews, meta-analyses, and meta-syntheses. **Annual review of psychology**, v. 70, p. 747-770, 2019.

SILVA, É.; BRANDI, C. “Essa medida de segurança é infinita ou tem prazo de vencimento?” - interlocuções e desafios entre o Direito e a Psicologia no contexto judiciário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3947-3954, set. 2014.

SILVA, R. A. D. da. **Direito fundamental a saúde: o dilema entre o mínimo existencial e a reserva do possível**. Belo Horizonte: Fórum, 2010.

SOARES FILHO, M.; BUENO, P. Direito à saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2101-2110, jul. 2016.

SOUZA NETO, C. P. da.; SARMENTO, D. **Direito constitucional: teoria, história e métodos de trabalho**. Belo Horizonte: Fórum, 2012.

TABORDA, J. G. Exame pericial psiquiátrico. In: TABORDA, J. G.; CHALUB, M.; ABDALLA-FILHO, E. (Orgs.). **Psiquiatria Forense**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 43-67.

URRA MEDINA, E.; BARRÍA PAILAQUILÉN, R. M. Systematic review and its relationship with evidence-based practice in health. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 824-831, 2010.

VENTURA, C. **Saúde mental e Direitos Humanos: o processo de construção da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais**. 2011. 196f. Tese (Livre Docência) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

VENTURA, M. Direitos Humanos e Saúde: possibilidades e desafios. In: BESSERMAN, H (org.). **Saúde e direitos humanos/Ministério da Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

VENTURA, C.; BRITO, E. Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais e o exercício de seus Direitos. **REV RENE - Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 4, p. 744-54, 2012.

ZAFFARONI, E. R.; PIERANGELI, J. H. **Manual de Direito Penal brasileiro: parte geral**. São Paulo: RT, 2007.

WHITTEMORE, R. Combining evidence in nursing research: methods and implications. **Nursing research**, v. 54, n. 1, p. 56-62, 2005.

'Notas de fim'

1 Art. 26 do Código Penal Brasileiro de 1940 (CP/40).

2 Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

3 Após o impeachment da presidente Dilma Rousseff, o Brasil passa por desmantelamento dos avanços estabelecidos pela Lei 10.216/2001. Isso pode ser percebido na Nota Técnica nº 11/2019 do governo Temer, publicada pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, a qual reorganiza a Rede de Atenção Psicossocial, com o pressuposto de que a “desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos” (BRASIL, 2019).

