Coletânea de artigos Seminário Internacional de Saúde Mental

Possibilidades para a efetivação da Política Antimanicomial na interface com o Poder Judiciário

SÉRIE FAZENDO JUSTIÇA | COLEÇÃO GESTÃO E TEMAS TRANSVERSAIS

TJPR TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARANÁ
SENAPPEN Secretaria Nacional de Políticas Penais
PNUD
CNJ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

TJPR
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
DO ESTADO DO PARANÁ

SENAPPEN
Secretaria Nacional de Políticas Penais

PNUD

CNJ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

Coletânea de artigos Seminário Internacional de Saúde Mental

Possibilidades para a efetivação da Política Antimanicomial na interface com o Poder Judiciário

BRASÍLIA, 2025

CNJ (Conselho Nacional de Justiça)

Presidente: Ministro Luís Roberto Barroso
Corregedor Nacional de Justiça: Ministro Mauro Campbell Marques

Conselheiros
Ministro Guilherme Augusto Caputo Bastos
José Edivaldo Rocha Rotondano
Mônica Autran Machado Nobre
Alexandre Teixeira Cunha
Renata Gil de Alcântara Videira
Daniela Pereira Madeira
Guilherme Guimarães Feliciano
Pablo Coutinho Barreto
João Paulo Schoucair
Marcello Terto
Ulisses Rabaneda
Daiane Nogueira de Lira
Rodrigo Badaró

Secretária-Geral: Adriana Alves dos Santos Cruz
Secretário de Estratégia e Projetos: Gabriel da Silveira Matos
Diretor-Geral: Johaness Eck

Supervisor DMF/CNJ: Conselheiro José Edivaldo Rocha Rotondano
Juiz Auxiliar da Presidência e Coordenador DMF/CNJ: Luís Geraldo Sant'Ana Lanfredi
Juiz Auxiliar da Presidência - DMF/CNJ: João Felipe Menezes Lopes
Juiz Auxiliar da Presidência - DMF/CNJ: Jônatas dos Santos Andrade
Diretora Executiva DMF/CNJ: Renata Chiarinelli Laurino
Diretora Técnica DMF/CNJ: Carolina Castelo Branco Cooper

MJSP (Ministério da Justiça e Segurança Pública)

Ministro da Justiça e Segurança Pública: Ricardo Lewandowski
Secretário Nacional de Políticas Penais: André de Albuquerque Garcia

PNUD BRASIL (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento)

Representante-Residente: Claudio Providas
Representante-Residente Adjunta: Elisa Calcaterra
Representante-Residente Assistente e Coordenadora da Unidade de Programa: Maristela Baioni
Coordenadora da Unidade de Paz e Governança: Andréa Bolzon
Coordenadora-Geral (equipe técnica): Valdirene Daufemback
Coordenador-Adjunto (equipe técnica): Talles Andrade de Souza
Coordenadoras da Área Penal (equipe técnica): Fabiana de Lima Leite e Pollyanna Bezerra Lima Alves
Coordenadoras-Adjuntas da Área Penal (equipe técnica): Francine Machado de Paula, Isabela Rocha Tsuji Cunha; Raissa Carla Belintani de Souza e Nayanne Stephanie Gonçalves Amaral

Esta obra é licenciada sob uma licença *Creative Commons* — Atribuição-Não Comercial-Sem Derivações. 4.0 Internacional.

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)

C694

Coletânea de artigos: Seminário Internacional de Saúde Mental: possibilidades para a efetivação da Política Antimanicomial na interface com o Poder Judiciário [recurso eletrônico]. Conselho Nacional de Justiça … [*et al.*]; coordenação de Luís Geraldo Sant'Ana Lanfredi ... [*et al.*]. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2025.

Inclui bibliografia
248 p.: fots., tabs. (Série Fazendo Justiça. Coleção Gestão e temas transversais).
Versão PDF.
Disponível, também, em formato impresso.
ISBN
ISBN 978-65-88014-05-9 (coleção)

1. Saúde mental. 2. Política antimanicomial. 3. Poder judiciário. I. Conselho Nacional de Justiça. II. Lanfredi, Luís Geraldo Sant'Ana (Coord.). III. Série.

CDU 343.8
CDD 345

Bibliotecária: Tuany Maria Ribeiro Cirino | CRB1 3543

Coordenação Série Fazendo Justiça: Luis Geraldo Sant'Ana Lanfredi; Renata Chiarinelli Laurino; Carolina Castelo Branco Cooper; Valdirene Daufemback; Talles Andrade de Souza; Débora Neto Zampier
Organizadores: Luís Geraldo Sant'Ana Lanfredi; Melina Machado Miranda; Valdirene Daufemback
Projeto Gráfico e Apoio: Comunicação Fazendo Justiça
Diagramação: Sense Design & Comunicação
Revisão: Tribus Revisões e Traduções
Fotos: CNJ e Istockphoto

FICHA TÉCNICA

Organização

Luís Geraldo Sant'Ana Lanfredi
Melina Machado Miranda
Valdirene Daufemback

Supervisão

Andréa Vaz de Souza Perdigão
Isabela Rocha Tsuji Cunha
Isabelle Magalhães
Natália Faria Resende Castro

Autoria

Adrianna Figueiredo Soares da Silva
Altieres Edemar Frei
Daniel Adolpho Daltin Assis
Ernesto Venturini
Fernanda Machado Givisiez
Fernanda Rodrigues da Guia
Flávia Piovesan
Geni Daniela Núñez Longhini
Gustavo de Aguiar Campos
Haroldo Caetano
Iolete Ribeiro da Silva
Isabela Rocha Tsuji Cunha
Isabelle Magalhães
Jamile dos Santos Carvalho
Lucio Costa
Luís Fernando Nigro Corrêa
Luís Geraldo Sant'Ana Lanfredi
Melina Girardi Fachin
Melina Machado Miranda
Natália Faria Resende Castro
Natália Vilar Pinto Ribeiro
Paulo Amarante
Pollyanna Bezerra Lima Alves
Renata Nogueira Antum Gomes
Rodrigo Alves Zanetti
Rogério Giannini
Rosemary Calazans Cypriano
Sara Campos

Os artigos desta coletânea refletem opiniões e posicionamentos de seus autores e suas autoras.

Comissão Organizadora do Seminário Internacional de Saúde Mental: Possibilidades para a efetivação da Política Antimanicomial na interface com o Poder Judiciário pelo CNJ

Luís Geraldo Sant'Ana Lanfredi
Valdirene Daufemback
Renata Chiarinelli Laurino
Melina Machado Miranda
Andrea Vaz de Souza Perdigão
Thandara Santos
Isabelle Cristine Rodrigues Magalhães
Natália Faria Resende Castro
Pollyanna Bezerra Lima Alves
Natália Vilar Pinto Ribeiro
Olivia Maria de Almeida
Fernanda Machado Givisiez
Sara de Souza Campos

DMF/CNJ, UMF/CNJ, Programa Fazendo Justiça PNUD/CNJ, EJUD TJPR

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 10
Ministro Luís Roberto Barroso

EPÍGRAFE 12
Luciana Teixeira de Souza

PROGRAMAÇÃO DO SEMINÁRIO 14

PRONUNCIAMENTO DE ENCERRAMENTO DO SEMINÁRIO 20
Ministra Rosa Weber

I LUTA ANTIMANICOMIAL E SUAS INTERSECCIONALIDADES 25

Perspectivas indígenas e suas confluências com a luta antimanicomial 26
Geni Daniela Núñez Longhini

II SUPERAÇÃO DOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS: DIÁLOGO A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS DAS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS ITALIANA E BRASILEIRA 30

Superação dos manicômios judiciários: diálogo a partir das experiências das reformas psiquiátricas italiana e brasileira 31
Ernesto Venturini

A superação dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira enquanto um processo social e político 53
Paulo Amarante

III **CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E SOCIOEDUCATIVO** 63

Por uma luta antimanicomial que possa ser antiproibicionista, antirracista, anticolonial e "antirreformatorista" 64

Altieres Edemar Frei

Cuidados em saúde mental e sistema socioeducativo 73

Iolete Ribeiro da Silva

Em nome do cuidado 78

Rogério Giannini

Saúde mental e sistema socioeducativo: invisibilidades, desafios e reflexões 82

Fernanda Machado Givisiez

Sara Campos

Adrianna Figueiredo Soares da Silva

IV **EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS NA ATENÇÃO E NO CUIDADO ÀS PESSOAS EM SOFRIMENTO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI** 101

Parâmetros protetivos internacionais de Direitos Humanos 102

Flávia Piovesan

A proteção das pessoas com deficiência psicossocial no sistema interamericano de direitos humanos 108

Natália Faria Resende Castro

O papel da unidade de monitoramento e fiscalização das decisões do sistema interamericano de Direitos Humanos (UMF/CNJ) no caso Ximenes Lopes *vs.* Brasil 113

Isabelle Magalhães

V **DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E INCLUSÃO: PERSPECTIVAS PARA UMA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL COMUNITÁRIA** 125

Cuidado em liberdade: avanços na interface entre a Saúde Mental e o Poder Judiciário 126

Fernanda Rodrigues da Guia
Rosemary Calazans Cypriano
Renata Nogueira Antum Gomes

Desinstitucionalização e inclusão: perspectiva para uma política antimanicomial comunitária 141

Rodrigo Alves Zanetti

VI **O PAPEL DO SISTEMA DE JUSTIÇA NA REFORMA PSIQUIÁTRICA: RESOLUÇÃO CNJ Nº 487/2023, QUE INSTITUI A POLÍTICA ANTIMANICOMIAL DO PODER JUDICIÁRIO** 146

Pessoas em sofrimento com a lei: Resolução CNJ Nº 487/2023 e o papel do Poder Judiciário na reforma psiquiátrica brasileira 147

Luís Geraldo Sant'Ana Lanfredi
Melina Machado Miranda

Prognósticos e estratégias para superação do manicômio judiciário 168

Daniel Adolpho Daltin Assis

Resolução Ximenes Lopes: O Trem de Doido vai trilhar o caminho de volta 181

Haroldo Caetano

Apontamentos sobre a convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência e a lei da reforma psiquiátrica 187

Luís Fernando Nigro Corrêa

Resolução CNJ Nº 487: uma análise para desconstruir narrativas falaciosas 198

Lucio Costa

Resolução Ximenes Lopes (CNJ Nº 487/2023): o papel do sistema de justiça na reforma psiquiátrica 204

Melina Girardi Fachin

A política antimanicomial do Poder Judiciário e os caminhos para a reforma psiquiátrica 210

Gustavo de Aguiar Campos

Natália Vilar Pinto Ribeiro

Pollyanna Bezerra Lima Alves

Desafios e potencialidades para a efetivação da política antimanicomial do poder judiciário a partir das audiências de custódia 225

Isabela Rocha Tsuji Cunha

Jamile dos Santos Carvalho

ANEXOS **236**

Relatório do Seminário Internacional de Saúde Mental: Possibilidades para a efetivação da Política Antimanicomial na interface com o Poder Judiciário 237

Transmissão do Seminário Internacional de Saúde Mental: Possibilidades para a efetivação da Política Antimanicomial na interface com o Poder Judiciário 237

Página da Política Antimanicomial do Poder Judiciário 238

Resolução CNJ nº 487, de 15 de fevereiro de 2023 238

APRESENTAÇÃO

Ao reconhecer o estado de coisas inconstitucional do sistema carcerário brasileiro, o Supremo Tribunal Federal impõe a todos – Poderes da República e cidadãos e cidadãs – o compromisso de trabalhar em conjunto para superar tal quadro de violações estruturais de direitos.

Trata-se de compreender que as deficiências do sistema prisional acarretam consequências gravíssimas não apenas para as pessoas privadas de liberdade. Tais problemas se irradiam para além dos muros das prisões, diante da evidente incapacidade de uma estrutura marcada por desumanidades promover a efetiva ressocialização.

O vácuo de ação estatal para garantir o cumprimento adequado das penas, a despeito de um alto custo de manutenção de nossas prisões, contribui para o fortalecimento de organizações criminosas, dentro e fora dos presídios.

Ao não acessarem direitos e serviços previstos em lei, muitas pessoas passam pela prisão sem condições de superar as limitações que as levaram ao cárcere, tampouco desenvolvem habilidades ou exercitam potencialidades que permitam um retorno harmonioso ao convívio social.

Esse estado de coisas inconstitucional desafia a sociedade a refletir sobre o próprio sentido da pena, bem como sobre as adaptações necessárias ao cumprimento eficaz de medidas socioeducativas por adolescentes a quem se atribui a prática de ato infracional.

Aos magistrados e magistradas compete zelar pela observância dos direitos fundamentais previstos em nossa Constituição, tarefa que assume especial relevância e complexidade ao se considerar que o grupo de pessoas privadas de liberdade é composto por centenas de milhares de seres humanos em situação de vulnerabilidade, altamente estigmatizados e desprovidos de representação política para pleitear melhores serviços do Estado pela via democrática.

Diante dessa complexidade, ao concluir o julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 347, o STF entendeu que o Poder Judiciário deve participar da concertação nacional para reformular políticas públicas neste campo, atribuindo ao Conselho Nacional de Justiça a tarefa de planejar e implementar políticas judiciárias para a superação deste verdadeiro flagelo social.

Para tanto, o Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas, a partir dos desdobramentos da decisão cautelar da ADPF 347, assumiu a missão de instituir e conduzir o programa Fazendo Justiça, em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, e com dezenas de apoiadores, implementando medidas concretas para transformar todo o ciclo penal e socioeducativo a partir de um olhar sistêmico, calcado na dignidade da pessoa humana.

É na perspectiva da garantia dos direitos fundamentais que o CNJ apresenta este documento com os artigos que resultaram do Seminário Internacional de Saúde Mental, realizado em 2023 em parceria com o Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. O Seminário conferiu visibilidade a pacientes de saúde mental sob custódia e permitiu que a temática fosse analisada sob o ponto de vista nacional e internacional, contando com diversos palestrantes especialistas em saúde mental e da área jurídica.

Esta obra coletiva reflete a diversidade de vozes e olhares sobre o tema, com artigos sobre a luta antimanicomial e suas interseccionalidades; o diálogo entre as experiências das reformas psiquiátricas italiana e brasileira; o cuidado em saúde mental no Sistema Socioeducativo; a desinstitucionalização e a inclusão; e o papel do Sistema de Justiça na reforma psiquiátrica com a Resolução CNJ n. 487/2023.

Que esta publicação seja instrumento para fortalecer a política de atenção integral às pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei, de modo a garantir o cuidado em saúde mental extramuros e de base comunitária, segundo um paradigma de proteção dos direitos fundamentais.

Ministro Luís Roberto Barroso
Presidente do Supremo Tribunal Federal e do Conselho Nacional de Justiça

EPÍGRAFE[1]

Toda realidade é feita de imaginação. Principalmente, a realidade que ainda não aconteceu. Ou, pelo menos, que ainda não aconteceu totalmente. Gosto de imaginar, aliás, ambos, realidade e imaginação, desafiando-se mutuamente, provocando-se sobre quem imagina mais: se o que está acontecendo ou o que pode ainda acontecer. Este evento de hoje é também uma homenagem à coragem de imaginar. Imaginar que uma vida, um lugar, um cotidiano e um tempo sem manicômios são possíveis e necessários, se quisermos falar de justiça.

Este evento, hoje, é também uma convocação a encararmos muitas histórias, entre aquelas que fazemos nossas e aquelas que decidimos excluir e silenciar, inclusive com a criação de espaços manicomiais. Esses lugares não foram feitos apenas de muros, leis e diagnósticos. Para que eles tenham existido até aqui, foram feitos também de esquecimentos e silêncios, dos quais fomos cúmplices, fazendo divisões, sentenças e prontuários. Os barulhos da vaidade dos nossos poderes e saberes não queriam deixar que qualquer voz ou ruído diferente dos seus próprios dialetos e timbres subisse ao alcance de uma escuta maior.

Por isso, imagino o evento de hoje como uma grande caixa de ressonância de todos os gritos que se acumulam há mais de cem anos na história do Brasil e do Ceará, desde o momento em que o que não fosse a imagem e semelhança da norma e da ordem (e dos privilégios) era sufocado e rejeitado. Mesmo os mais remotos, esses gritos ainda nos chegam, como aqueles brilhos que ainda conseguimos ver de estrelas que já não existem mais. Se quisermos, podemos ouvir essas vozes. Para isso, muitas vezes, basta escutarmos o nosso silêncio, a história dos nossos silêncios.

Quero este evento como um ensaio geral para aprendermos a perceber esses outros sons, que podem nos fazer ter o sentimento de outro mundo, parafraseando Carlos Drummond de Andrade. Esse aprendizado dos sentidos (e dos sentimentos) é também um trabalho da memória, mas daquela que "escava para recordar", como imaginou o filósofo alemão Walter Benjamin, ao aproximar a arqueologia do exercício da lembrança. Porque lembrar não é enfileirar eventos e nomes do passado. Lembrar, aqui, seguindo Benjamin, é ir ao que passou para descobrir o que não passa, o que ainda nos é atual, o que ainda cobre o nosso presente, como se fôssemos vestígios ou fósseis das nossas pretensões.

Mais do que fechar os manicômios, precisamos encará-los como ruínas de uma longa duração do nosso tempo, que ainda habitam as nossas paisagens, inclusive as que chamamos de pensamento. Por isso não se trata apenas

1 Texto de autoria da Juíza de Direito do Tribunal de Justiça do Estado do Ceará (TJCE) Luciana Teixeira de Souza. Luciana foi Coordenadora do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário (GMF) do TJCE e apresentou este texto por ocasião do evento "Desalienando Histórias e Imagens", realizado na Escola Superior da Magistratura do Estado do Ceará (Esmec), em 22 de agosto de 2024, proposto pelo Comitê Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial (Ceimpa), com o objetivo de lançar o documentário sobre o manicômio judiciário cearense, intitulado "Vidas Infames: Sombras na Terra da Luz". Além do lançamento do documentário, o evento propiciou a exposição de arte "Imagens do Manicômio que não Está", cujas telas foram pintadas pelos últimos pacientes do manicômio. Ainda, o evento marcou o fechamento do manicômio judiciário do estado com um debate sobre o significado do cuidado em liberdade preconizado pela Lei 10.216/2001 e pela Resolução CNJ nº 487/2023, com a participação de importantes atores na luta antimanicomial no Brasil. Registra-se que, após o evento, em 20 de setembro de 2024, o GMF do TJCE comunicou ao CNJ o encerramento oficial das atividades do manicômio Instituto Psiquiátrico Governador Stênio Gomes (IPGSG) e, em atenção à Resolução CNJ nº 487/2023, foi o primeiro estado a cumprir integralmente referido ato normativo.

de fazer cumprir a nova lei. É preciso desfazer as tramas que trouxeram (e que mantêm) esse tempo manicomial no nosso agora. E o desfazer dessas tramas começa também, como escreveu Saidiya Hartman, com a visão de que "essa terra infeliz pode não ser o que parece", principalmente para aquelas pessoas feitas "infames" nas suas "existências mínimas".

Desejo (e é disso que se trata: desejar) que este nosso encontro seja alguma coisa como uma educação pela imaginação. Que aprendamos a frequentá-la! E que ela nos entranhe a alma! Assim como os gritos engasgados de silêncios.

Luciana Teixeira de Souza

Seminário Internacional de Saúde Mental

Possibilidades para a efetivação da Política Antimanicomial na interface com o Poder Judiciário

PROGRAMAÇÃO

15/6/2023 (QUINTA-FEIRA)

09:00 CAFÉ DE BOAS-VINDAS

10:00 – 11:15 MESA DE ABERTURA

· Presidente do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (TJPR) desembargador **Luiz Fernando Tomasi Keppen**
· Conselheiro Supervisor do Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF) do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) desembargador **Mauro Pereira Martins**
· Supervisor do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (GMF) do TJPR desembargador **Ruy Muggiati**
· Diretor da Escola Judicial do Paraná (EJUD-PR) desembargador **Ramon de Medeiros Nogueira**
· Procurador-Geral de Justiça do Paraná (MPPR) **Gilberto Giacoia**
· Defensor Público-Geral do Paraná (DPEPR) **André Ribeiro Giamberardino**
· Diretor-Geral de Estado da Saúde do Paraná **César Augusto Neves Luiz**
· Secretário de Estado da Justiça e Cidadania **Santin Roveda**
· Cel. PM Diretor-Geral da Secretaria de Estado da Segurança Pública do Paraná **Adilson Luiz Lucas Prusse**
· Diretor do Departamento de Polícia Penal do Paraná **Osvaldo Messias Machado**
· Presidente da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) – Seção Paraná **Marilena Winter**
· Secretário Nacional de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**
· Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos do Ministério da Justiça **Marta Machado**
· Desembargadora Membro do Conselho de Supervisão dos Juízos da Infância e da Juventude (CONSIJ) **Ivanise Maria Tratz Martins**
· Coordenadora Estadual da Infância e Juventude do TJPR **Noeli Salete Tavares Reback**
· Secretário Nacional de Políticas Penais **Rafael Velasco Brandani**

11:30 – 12:30 NARRATIVAS SOBRE LOUCURA, CONTROLE E DIREITOS

· Mediadora: Assistente Técnica do Eixo 3 - Cidadania do Programa Fazendo Justiça (Pnud/CNJ) e Integrante do Grupo de Trabalho (GT) CNJ Ximenes Lopes **Natália Ribeiro**
· Jornalista, escritora e documentarista - produtora e diretora do documentário "Holocausto Brasileiro" **Daniela Arbex**
· Diretor de Promoção dos Direitos da População em Situação de Rua do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDH) **Leonardo Pinho**
· Assessor Especial da Diretora do Departamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde **Marcelo Kimati Dias**

12:30 – 14:30 INTERVALO PARA ALMOÇO

14:30 – 16:00 LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL: AVANÇOS E RETROCESSOS

· Presidente da Mesa: Desembargadora do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) e integrante do GT CNJ Ximenes Lopes **Kenarik Boujikian**
· Debatedora: Integrante do Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania (LouCid) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e assistente no Eixo 3 – Cidadania do Programa Fazendo Justiça (Pnud/CNJ) **Olívia Almeida**
· Professora adjunta da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) **Adriana Eiko Matsumoto**
· Professora colaboradora do Mestrado Profissional "Terapia Ocupacional e Processos de Inclusão Social" na USP e Docente aposentada da Universidade de São Paulo **Fernanda Nicácio**
· Coordenadora da Justiça Global e Integrante do GT CNJ Ximenes Lopes **Isabel Lima**
· Representante do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial **Mario Alexandre Moro**

16:00 – 16:30 *COFFEE-BREAK*

16:30 – 17:30 LUTA ANTIMANICOMIAL E SUAS INTERSECCIONALIDADES

· Presidente da Mesa: juíza auxiliar da Presidência do CNJ no DMF **Karen Luise Vilanova Batista de Souza**
· Debatedora: Coordenadora adjunta do Eixo 3 – Cidadania do Programa Fazendo Justiça (Pnud/CNJ) e Integrante do Grupo de Trabalho (GT) CNJ Ximenes Lopes **Pollyanna Bezerra Lima Alves**
· Ativista indígena e membra da Articulação Brasileira de Indígenas Psicólogos(as) (ABIPSI) **Geni Núñez**
· Professor da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa (FDUL) **Alaor Carlos Lopes Leite**

17:30 – 19:30 CONFERÊNCIA MAGNA: SUPERAÇÃO DOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS: DIÁLOGO A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS DAS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS ITALIANA E BRASILEIRA

· Mediador: Promotor do Ministério Público do Estado de Goiás (MPGO) e integrante do GT CNJ Ximenes Lopes **Haroldo Caetano**
· Representante da Fondazione Franca e Franco Basaglia no Brasil e Pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) **Ernesto Venturini**
· Médico Psiquiatra e Pesquisador Titular da Fiocruz **Paulo Amarante**
· Médica Psiquiatra e Presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) **Ana Paula Freitas Guljor**
· Diretora do Departamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde **Sônia Barros**

16/6/2023 (SEXTA-FEIRA)

09:00 – 10:30 CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E SOCIOEDUCATIVO

· Presidente da Mesa: Desembargadora Membro do Conselho de Supervisão dos Juízos da Infância e da Juventude (CONSIJ) **Ivanise Maria Tratz Martins**
· Debatedora: Coordenadora do Eixo 2 – Socioeducativo do Programa Fazendo Justiça (Pnud/CNJ) **Fernanda Givisiez**
· Representante do Grupo de Trabalho (GT) sobre o Serviço EAP do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) e Integrante do GT CNJ Ximenes Lopes **Rogério Gianinni**
· Defensor público do Estado de São Paulo **Flávio Frasseto**
· Professora titular da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e ex-presidente do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) **Iolete Ribeiro**
· Professor da Escola de Saúde Pública do Paraná, Psicólogo clínico, Doutor em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública (USP) **Altieres Edemar Frei**

10:30 – 12:00 EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS NA ATENÇÃO E NO CUIDADO ÀS PESSOAS EM SOFRIMENTO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

· Presidente da Mesa: Juiz Auxiliar da Presidência do CNJ no DMF **Edinaldo César Santos Junior**
· Debatedora: Coordenadora Científica da Unidade de Monitoramento e Fiscalização das Decisões da Corte Interamericana de Direitos Humanos (UMF/CNJ) **Flavia Piovesan**
· Membra Honoraria da *Justice Health Unit* e Membra do Comitê Diretor do *The Worldwide Prison Health Research & Engagement Network (WEPHREN)* **Louise Southalan**
· Professor Catedrático da Universidade Humboldt de Berlim e Doutor em Direito pela Ludwig Maximilians Universität **Luís Greco**

12:00 – 14:00 INTERVALO PARA ALMOÇO

14:00 – 16:00 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E INCLUSÃO: PERSPECTIVAS PARA UMA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL COMUNITÁRIA

· Presidente da Mesa: Desembargador do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (TJPR) e Presidente da 2ª Câmara Criminal do TJPR **Joscelito Giovani Cé**
· Debatedora: Analista de Políticas Sociais no Ministério da Saúde, Coordenadora da Comissão de Relatoria da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental e integrante do GT CNJ Ximenes Lopes **Fernanda da Guia**
· Psicólogo diretor-executivo do Desinstitute e integrante do GT CNJ Ximenes Lopes **Lúcio Costa**
· Coordenadora do curso de pós graduação em Saúde Mental e do curso de Psicologia da Faculdade Laboro e Coordenadora do Coletivo Abrasme Maranhão **Janete Valois**
· Consultora de Direitos Humanos do Escritório da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) no Brasil e integrante do GT CNJ Ximenes Lopes **Akemi Kamimura**
· Representante da Sociedade Civil na Luta Antimanicomial e da Economia Solidária e Integrante do GT CNJ Ximenes Lopes **Kleiton Nogueira**
· Defensor regional de Direitos Humanos e Tutela Coletiva do Estado do Paraná **Rodrigo Alves Zanetti**
· Coordenador-Geral de Normas, Estudos e Projetos da Rede de Atenção Psicossocial do Ministério da Saúde

João Mendes de Lima Júnior

16:00 – 16:30 ***COFFEE-BREAK***

16:30 – 18:30 O PAPEL DO SISTEMA DE JUSTIÇA NA REFORMA PSIQUIÁTRICA: RESOLUÇÃO CNJ N. 487/2023, QUE INSTITUI A POLÍTICA ANTIMANICOMIAL DO PODER JUDICIÁRIO

· Presidente da Mesa: Professora Associada da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Paraná (UFPR) **Melina Girardi Fachin**
· Debatedora: Supervisora no DMF/CNJ, assistente social, sanitarista e integrante do GT CNJ Ximenes Lopes **Melina Machado Miranda**
· Juiz coordenador executivo do Programa PAI PJ do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG) e integrante do GT CNJ Ximenes Lopes **Luís Fernando Nigro**
· Promotor do Ministério Público do Estado de Goiás (MPGO) e integrante do GT CNJ Ximenes Lopes **Haroldo Caetano**
· Defensora da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (DPERJ) e integrante do GT CNJ Ximenes Lopes **Patrícia Magno**
· Consultor em Saúde Mental para ações do Programa Fazendo Justiça (Pnud/CNJ) e integrante do GT CNJ Ximenes Lopes **Daniel Adolpho Assis**

18:30 – 20:00 MESA DE ENCERRAMENTO
Apresentação do Plano Estratégico de Implementação da Resolução CNJ n. 487/2023
Assinatura de Cooperação para a Efetivação da Política Antimanicomial no Estado do Paraná

· Ministra Presidenta do Supremo Tribunal Federal (STF) e do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) **Rosa Weber**
· Presidente do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (TJPR) desembargador **Luiz Fernando Tomasi Keppen**
· Conselheiro Supervisor do Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF) do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) desembargador **Mauro Pereira Martins**
· Ministra de Estado da Saúde **Nísia Trindade**
· Secretária-Executiva do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania **Rita de Oliveira**
· Procuradora-Geral do Estado do Paraná **Letícia Ferreira da Silva**
· Representante da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil **Socorro Gross Galiano**

20:00 COQUETEL DE ENCERRAMENTO

Pronunciamento de encerramento do Seminário

Ministra Rosa Weber

PRONUNCIAMENTO DE ENCERRAMENTO DO SEMINÁRIO

Ministra Rosa Weber

Boa noite a todos os presentes!

Quero iniciar a minha participação neste Seminário que – pelo que soube – transcorreu com pleno êxito cumprimentando a todas as autoridades e público presentes, as mais de 2.000 pessoas que nos acompanharam presencial e remotamente, de todo o país, nestes últimos dois dias.

Subjacente a todo o sucesso deste evento, a indiscutível importância do tema Saúde Mental, que nos convida a muitas reflexões, pois é mais atual que nunca.

Também não posso deixar de agradecer, neste momento inicial, o Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, na pessoa do Presidente desta Corte, o Desembargador Luiz Fernando Tomasi Keppen, pela generosa acolhida e disponibilidade, facilitando todas as estruturas desta Casa da Justiça, viabilizando o engajamento de seus melhores quadros para a realização deste grande evento, grande mesmo, em todos os sentidos, desde o momento em que suas tratativas primeiras e o cuidado com a sua organização foram pensados, e que agora se traduzem em uma programação de altíssimo nível, protagonizada por especialistas renomados, brasileiros e do exterior, que nos brindaram com conhecimento, trocas de saberes e experiências de grande valia.

Simbolicamente, todo esse esforço se encerra nos documentos que assinamos neste ensejo, na coragem e determinação das autoridades que estão a assumi-los, a demonstrar que podemos, sim, juntos, tornar real e concreta a promessa de uma "política" que se desenhou para a realização material de direitos especialíssimos e de necessidades diferenciadas suportados por pessoas em sofrimento mental no Brasil.

Obrigado, Ministra Nísia, por responder e corresponder ao nosso chamado, e a todos os presidentes e corregedores de tribunais de Justiça, juízas e juízes, gestores da Saúde e prisionais, que já se movimentam em seus respectivos Grupos de Trabalho locais para e por uma saúde que alcance a todos, sem distinção.

Minha intervenção será breve!

Tem a pretensão de jogar luzes sobre tantos saberes e aprendizados aqui compartilhados pelas expertas e expertos que estiveram conosco.

Para nós, do Conselho Nacional de Justiça, importante que todos saibam, este Seminário é um marco importante, pois representa a composição de mais uma iniciativa destinada ao enfrentamento do estado de coisas inconstitucional que descredencia o funcionamento do sistema prisional brasileiro. Este evento traz olhares da ciência, mas para a visibilização dos esquecidos e abandonados, dos desassistidos da humanidade, daqueles que nem mesmo por conta própria podem ou conseguem reivindicar os interesses mais elementares que lhes pertencem: estou a falar das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

A política de saúde mental no Brasil foi construída a partir da lógica da segregação de pessoas em hospitais psiquiátricos. E o que se buscava, na ocasião, era, simplesmente, a higienização e o apagamento dos corpos e das histórias dessas pessoas, garantindo-se — como diz Paulo Amarante — uma "espécie de civilização exclusiva de loucos que, retirados do convívio, livrariam a sociedade sadia de seus incômodos".

Um pouco da tradicional e já conhecida proposta de escondermos nossos problemas, ao invés de enfrentá-los!

O afastamento do convívio social nasce, portanto, como uma solução central. Coincidia, inclusive, com os desejos da população. Desejo de alijamento e exclusão (definitiva e para sempre) daqueles que são indesejados.

Os manicômios judiciários tornaram-se espaços de prisão. Por meio deles, a restrição da liberdade de outrem se fazia de modo perpétuo, com a ciência (e muitas vezes a conivência) do Judiciário. Esse outro era o "louco" que "praticava um crime", mas que não cumpria uma "pena". Eis aí uma fórmula repleta de paradoxos, alguns difíceis de compreender.

Aquele cenário etiológico e que se construiu à raiz de recortes do determinismo social e do biopositivismo tem que ser repensado. É isso que estamos a fazer, hoje, aqui, com o compromisso de soluções concretas e reais.

Felizmente, podemos repensar esse problema (para os quais já temos bons modelos de encaminhamento) a partir de estruturas (maduras e seguras) de atenção e cuidado de pessoas com transtornos mentais, as quais se realizam convivendo e pressupondo a proteção e a garantia de direitos daqueles diretamente interessados.

Foi por conta de conquistas históricas de coletivos e mobilizações sociais importantes, como o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental e os Congressos e Conferências Nacionais de Saúde Mental, que iniciou a famigerada "Luta Antimanicomial", fundada na premissa de que devemos investir e trabalhar por uma rede de saúde mental livre de manicômios, e que encontrou na promulgação da Lei 10. 216/2001, as mudanças de paradigmas que levaram a Saúde Mental ao patamar de política pública e de direito humano fundamental.

A Lei da Reforma Psiquiátrica assegurou, portanto, a proteção, os direitos e o tratamento humanizado de pessoas em sofrimento mental. Vedou a internação em manicômios e hospícios. E

priorizou serviços comunitários de saúde mental. O que se pensava como utopia tornou-se realidade, ao menos em nível conceitual. O desafio, porém, é como realizar essa transformação.

Cinco anos passados da Lei 10.216, um outro acontecimento importante nos atravessa: a Corte Interamericana de Direitos Humanos responsabiliza o Estado brasileiro pela morte, em 1999, de um cidadão brasileiro, durante uma internação em clínica psiquiátrica, paciente sepultado com marcas de tortura e maus-tratos em seu corpo.

Entre as determinações da primeira condenação que colocou o Brasil no "banco dos réus" do Tribunal de São José da Costa Rica, ficou assentada a necessidade de se promover uma melhor capacitação dos profissionais com atuação na Saúde Mental, até para não se repetir, nunca mais, o que ocorreu com Damião Ximenes Lopes.

Mas não paramos por aí. Os sinais, no sentido de que a Política de Saúde Mental que praticamos deve mudar, estão por todas as partes.

Em 2009, mais uma vez, o Parlamento brasileiro nos dá um indicativo claro sobre o que fazer. Neste ano, internalizamos a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, diploma esse que compreende a deficiência psicossocial de forma não discriminatória, inclusive para os casos daqueles que vivenciam o conflito com a lei.

Era de se esperar, portanto, que nos anos seguintes colhêssemos os frutos dessas importantes transformações normativas. Contudo, mais de 22 anos depois, desafortunadamente, pouco ou quase nada caminhamos. Muitas imprecisões de conceitos, diversos preconceitos, práticas e medidas terapêuticas ultrapassadas e sobretudo a desinformação ainda grassam em um contexto em que a ciência e a saúde são protagonistas, muito mais que o jurídico e o prisional.

O Conselho Nacional de Justiça jamais negou suas responsabilidades nesse debate. Nós, juízes e juízas, somos os primeiros que devemos nos submeter e assimilar esses aprendizados e saberes específicos. Temos o dever de desmistificá-los, de decodificá-los e de traduzi-los para a população sem sobressaltos ou alarmismos.

Bem por isso, a Resolução CNJ nº 113 dispôs sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, entre outras providências. E no capítulo destinado à execução de medida segurança, assegurava que este procedimento "será executado nos termos da Lei 10.216/01". A Recomendação CNJ nº 35, por sua vez, propôs as diretrizes a serem adotadas para a promoção da atenção dos pacientes judiciários e a execução de medidas de segurança.

No entanto, esse esforço ainda se mostrou insuficiente.

Era necessário mais, sobretudo para dizer que as medidas de segurança devem ter um outro lócus, diferente do insatisfatório sistema prisional onde se ancorava. E a Saúde deveria assumir

esse "novo" porto seguro, tornando-se um lugar de consenso, porque, efetivamente, o mais apropriado para prover cuidado e atenção especializados a quem demanda tratamento, e não pena.

É frente a esse cenário de paradoxos que agiu o Conselho Nacional de Justiça ao aprovar, em fevereiro deste ano, a Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

A Política Antimanicomial do Poder Judiciário nada mais representa do que a afirmação de que existe um arcabouço normativo não cumprido e que segue sendo absolutamente desrespeitado.

O texto desta Resolução, que não inova em nada, a não ser dizer que os juízes e juízas deste país devem exercer um papel relevante para a aplicação da Lei do Parlamento, foi desenhado por um Grupo de Trabalho que reuniu autoridades dos diversos ramos de Justiça do país, além do Poder Executivo, da sociedade civil, da saúde, da psicologia, da assistência social, organismos internacionais e especialistas, inclusive o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

O objetivo da Política Antimanicomial do Poder Judiciário é municiar e instrumentalizar magistradas, magistrados e operadores do Sistema de Justiça para o encaminhamento adequado de pessoas com transtornos mentais, priorizando o acesso à rede de saúde pública de base territorial e comunitária. Busca-se, ainda, superar os vetustos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que "de hospital" pouco têm e seguem operando em contrariedade ao ordenamento jurídico nacional e internacional, já que não são preparados e não são os espaços adequados para realizar tratamentos de saúde com oferta de cidadania.

As pessoas em sofrimento mental submetidas a unidades de privação de liberdade carecem de atendimento especializado em saúde e se apresentam, nos dias de hoje, expostas ao risco de episódios de suicídio, além de submetidos a tortura e maus tratos. Não podemos tolerar "outros Ximenes Lopes" surgirem.

Nosso tempo tem apresentado desafios para a Saúde Mental.

Desafios esses que demandam a construção de interfaces entre a saúde mental e os campos da Assistência Social, da educação, da justiça, da habitação, da cultura e lazer, do trabalho e da economia solidária, entre outras políticas que assegurem a redução das desigualdades sociais, a equidade de raça e gênero e melhores condições de mobilidade e organização da vida em sociedade.

A mudança quanto ao modo de se dispensar e oferecer cuidado e proteção a pessoas em sofrimento ou transtorno mental é a modernidade com a qual temos que lidar. E fazer acontecer!

Devemos pensar os sujeitos (de direitos) em sua integralidade e a partir de suas especificidades, até como forma de garantir a produção de seus lugares sociais, respeitando-os nas formas mais diversas, como todos devemos ter a condição de ver o mundo.

Organismos internacionais especializados em Saúde Mental apontam a relação indissociável entre saúde mental e a saúde pública, os direitos humanos e o desenvolvimento socioeco-

nômico, o que reclama a transformação de práticas, rotinas e das políticas que se praticam nesse contexto, para o único fim de se produzir benefícios para as pessoas e para toda a coletividade.

Ao apresentar medidas concretas para a assimilação da Política Antimanicomial pelo Poder Judiciário, o CNJ confere realidade ao compromisso assumido com o Sistema Interamericano de Direitos Humanos e sua jurisprudência, especialmente nesta agenda temática do direito de todos e todas à saúde.

Quero terminar citando Nise da Silveira, quem nos ensinou que "as coisas não são ultrapassadas tão facilmente, são transformadas".

Que sigamos na incrível luta de transformar, garantindo que o direito à saúde tenha por base um tratamento adequado, a efetividade, a não violência, a liberdade e a democracia como bússolas retoras.

Muito obrigada!

Ministra Rosa Weber

I

Luta antimanicomial e suas interseccionalidades

PERSPECTIVAS INDÍGENAS E SUAS CONFLUÊNCIAS COM A LUTA ANTIMANICOMIAL

Geni Daniela Núñez Longhini [1]

A luta contra a tutela, que afirma o direito à autonomia, perpassa diversos movimentos sociais, os quais, embora tenham suas especificidades, podem apresentar pontos de confluência. Neste breve ensaio, abordarei algumas dessas proximidades políticas entre a luta dos povos indígenas e a luta antimanicomial, a partir de perspectivas indígenas, dando ênfase às construídas pelo povo a que pertenço, guarani.

Ao falarmos sobre tutela, o tema da colonização é inescapável, uma vez que o próprio projeto de invasão de nossos territórios esteve diretamente relacionado a ela.

Em minha pesquisa em cartas jesuíticas e bulas papais, constatei que a relação entre colonização e catequização é indissociável. Um exemplo desse imbricamento temos ao acompanhar o trecho abaixo, presente na Bula *Romanus Pontifex*, escrita pelo Papa Nicolau V, em 8 de janeiro de 1455, em que ele afirma:

> *Nós [...] concedemos livre e ampla licença ao rei Afonso para invadir, perseguir, capturar, derrotar e submeter todos os sarracenos e quaisquer pagãos e outros inimigos de Cristo onde quer que estejam seus reinos [...] e propriedades e reduzi-los à escravidão perpétua e tomar para si e seus sucessores seus reinos [...] e propriedades.*

Neste e em outros documentos da época, percebemos que havia uma autorização simbólica da Igreja aos reis, indicando quais territórios poderiam ser invadidos, quais populações poderiam ser escravizadas. O critério utilizado era de que aqueles povos considerados "inimigos de Cristo", ou seja, povos "pagãos", poderiam ser submetidos à invasão colonial e escravização. Assim, o racismo religioso foi e continua sendo uma das bases fundantes dessa delimitação entre quem é considerado humano e quem é considerado animal, entre quem é tido como civilizado e evoluído, capaz de governar não apenas a si, mas aos demais, e quem é visto como o contraste disso, mar-

1 Ativista indígena, escritora e psicóloga. Possui Mestrado em Psicologia Social e Doutorado no Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, ambos pela Universidade Federal de Santa Catarina. É membra da Articulação Brasileira de Indígenas Psicólogos (Abipsi), coassistente da Comissão Guarani Yvyrupa e membra da Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia.

cado como selvagem, primitivo, que deve ser salvo, tutelado, governado. Nesse binarismo, de um lado estaria humano-cristão-civilizado e do outro, animal-bárbaro-selvagem.

Até a Constituição de 1988, o Estado brasileiro nos colocava na posição de menoridade social, como uma categoria em transição. Em outras palavras, a ideia de conversão trazia em seu bojo um marco civilizatório que colocava o progresso em uma passagem, uma transição, em que o dito selvagem, ao se tornar civilizado, iria progredir e, portanto, desapareceria.

Com a promulgação da Constituição de 1988, tivemos uma grande conquista do movimento indígena, expressa no art. 231, no qual se afirma que "são reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens". Com isso, a menos em nível oficial, saímos da posição de tutela para a de autonomia. No entanto, sabemos que ainda há um abismo entre as promessas da Constituição e a sua aplicação. Aliás, como assinala Achille Mbembe (2018), a burocracia do Estado e sua celeridade em punir (seletivamente, através do racismo) ao mesmo tempo que tarda (também arbitrariamente) em respeitar os direitos que promete não deve ser um processo compreendido como uma simples falha ou como exceção, mas como parte de seu próprio funcionamento, de sua norma.

Nesse sentido, o que quero pontuar é que não adianta simplesmente punir as ações discriminatórias, que tolhem a liberdade e que reforçam a tutela contra grupos minorizados, se não questionamos, antes, quais racionalidades, quais ideologias as fundamentam. Afinal, como explica Michel Foucault (2005), a norma ora nomeia as dissidências como pecado, ora como crime, ora como doença e, por vezes, em conjunto. Como o mesmo autor pontua, há uma forma de ortopedia moral que busca alocar, violentamente, tudo que desvia do lugar da norma. Nesse ponto, a lógica meritocrática encontra uma imensa força, afinal, pessoas tidas como boas, como normais, como saudáveis, não costumam ser as condenadas (ao inferno, ao manicômio, ao presídio). Para que se apresentem como justas as punições, é necessário que quem seja condenado "mereça" tal castigo. Nesse sentido, é o pecado, o crime e a doença que produzem também as figuras do pecador, do criminoso, do "louco". Quando nossos povos vivenciam a invasão de igrejas cristãs em seus territórios, essa tutela muitas vezes se constrói em narrativas como: "estamos aqui para trazer a salvação e para trazer o perdão a vocês, pecadores". E a isso respondemos: não estamos perdidos para sermos salvos nem acreditamos na sua ideia de pecado para sermos perdoados. Esta postura é de uma contracolonização, de um questionamento da pretensa universalidade desses valores, que, em verdade, são particulares. Por outro lado, nós nunca buscamos convencer e catequizar todo o planeta aos nossos deuses, pois não vemos nossas verdades como absolutas ou superiores às demais. Nossa saúde está no reconhecimento da importância da diversidade, da concomitância, e é com os demais seres, inclusive com os não humanos, que aprendemos sobre saúde. Como explica o filósofo guarani Verá Timóteo Popygua:

> *A Mata atlântica é uma floresta genuína que tem uma serenidade especial, no sentido de que quando buscamos espiritualmente um equilíbrio, um equilíbrio no pensamento até mesmo de habitat, de tekoa (aldeia, espaço para viver), tekó (modo de ser e viver), arandu (tempo sabedoria), encontramos uma harmonia com a essência dessa, que também fazemos parte (2017, n.p.).*

Quando nós, indígenas, pontuamos que a colonização não acabou, não ignoramos que ela vem se atualizando e construindo novos mecanismos de controle e dominação de nossos territórios (inclusive os subjetivos). Nesse sentido, ser contracolonial é justamente buscar impedir que a colonização continue, como nos ensina Mestre Bispo (2015), e para isso é fundamental que compreendamos a densidade desse desafio. Já não se trata de combater apenas discursos expressos através do ódio, mas sobretudo de manter uma posição de distanciamento e suspeita também em relação àquelas falas que se articulam em nome do bem, do amor, da salvação, do cuidado, da saúde, da caridade e de tantos outros termos afins desse mesmo vocabulário.

Ainda que a colonização tenha se atualizado (Mignolo, 2017), há algo nela que persiste e é justamente esta lógica moralista, de salvação, de catequização, de conversão do outro à sua fé, à sua norma, a seu jeito de viver e estar no mundo. Assim como nas bulas papais a autorização para a escravização e invasão se estruturava em nome de um certo bem, em nome de salvação do "pecado", também hoje as instituições que encarceram pessoas que convivem com sofrimento psíquico grave ou outras condições similares seguem afirmando que suas práticas são para o bem e para o cuidado dos pacientes. É justamente dessa arrogância de crer que sua verdade é a melhor e a única possível que vem a inspiração tanto dos jesuítas em "salvarem" nossos povos, quanto a de muitas instituições contemporâneas que "pastoreiam" pessoas vulnerabilizadas à sua fé/ideologia/política. Sem a crença de que apenas seu deus era verdadeiro, não haveria motivação para a "salvação", pois toda tutela precisa desse tipo de relação verticalizada para se estabelecer.

E se não nos guiamos por essa moral, por esses costumes que, embora sejam apresentados como únicos e universais, não o são, o que nos resta como parâmetro de conduta? Trata-se de uma pergunta em aberto, que nos convoca justamente a repensar nossos papéis como profissionais que atuam em áreas afins a essa questão. Um dos cuidados possíveis é justamente não pressupor pelo outro o que é melhor para ele, sem uma escuta de sua própria verdade, de seu próprio sentido. Essa escuta deve ter a sensibilidade de compreender quais formas de suporte e apoio são bem-vindas e quais não, pois o fortalecimento da saúde e da autonomia não deve ser apartado do reconhecimento de que somos todos, em maior ou menor grau, interdependentes. O contrário de autonomia, de não tutela, não é abandono ou negligência.

Ainda vemos nos principais prédios públicos imagens religiosas cristãs, cuja presença é ilustração do que estou pontuando aqui, dessa universalização de uma lógica, de uma religião sobre todas as demais, ferindo o princípio de laicidade do Estado. Para além da remoção desses signos, o que realmente importa é que façamos um exercício de laicização de nosso próprio pensamento, de nossa própria ideologia, pois será ela, como já dito, que poderá orientar nossas práticas profissionais.

Nossos parentes indígenas zapatistas têm uma frase na qual afirmam a importância de "um mundo onde caibam vários mundos" e nossa luta como povos originários é justamente para que possamos continuar existindo em nossas diversidades, línguas, costumes e modos de vida. A meu ver, esta frase também é oportuna quando pensamos na luta antimanicomial, pois também para além do que a normalidade busca impor, há muitos mundos, muitas formas de se perceber neles, cada pessoa é um universo singular e estes percursos vão além de uma monocultura em que todos precisam ser e agir da mesma forma. Nesse sentido, a luta antimanicomial pode ensinar e expandir as percepções inclusive das pessoas vistas como "normais", pois toda normatização fere a potencialidade singular de nossas existências.

É possível mediar, apoiar, dar suporte, cuidar e amparar sem que cuidado seja sinônimo de controle e, para isso, é preciso que, coletivamente, possamos rever as ideologias que nos inspiram no mundo, nos mundos, afinal, as guerras, os massacres, as chacinas, as invasões de corpo-território não têm sido protagonizadas pelos "loucos", mas justamente pelos normais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas.** Tradução de Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Morais. 3ªed. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. São Paulo: Ed. N-1, 2ª ed., 2018.

MIGNOLO, Walter. **La idea de América Latina**: la herida colonial y la opción decolonial. Barcelona: Gedisa Editorial, 2007.

SANTOS, Antonio Bispo dos. (Mestre Bispo). **Colonização, quilombos, modos e significados**. Brasília: INCTI/UnB, 2015.

SILVA, Verá Tupã Popygua Timóteo da. Depoimento: Verá Tupã Popygua Timóteo da Silva. *In*: **Revista Continente**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 1-3, abr. 2017.

II

Superação dos manicômios judiciários: diálogo a partir das experiências das reformas psiquiátricas italiana e brasileira

SUPERAÇÃO DOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS: DIÁLOGO A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS DAS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS ITALIANA E BRASILEIRA[1]

Ernesto Venturini[2]

"A periculosidade [na psiquiatria] não reside na especificidade do diagnóstico, reside na falta de respostas às necessidades das pessoas."

Basaglia Franco & Ongaro Franca (1985)

Permitam-me, antes de tudo, parabenizar os organizadores deste Seminário e sobretudo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) pela resolução sobre a superação dos Hospitais Psiquiátricos Judiciários de Custódia (HPJs) que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário: é uma iniciativa corajosa e de acordo com os princípios de direito nacional e internacional. É uma decisão histórica.

Recebi a tarefa de falar sobre a lei italiana que levou ao fim de todos os hospitais psiquiátricos judiciários na Itália e de avaliar os resultados globais da sua aplicação. Considerando minha experiência como consultor da OMS/OPAS, que realizei no Brasil desde 1992, também tentarei tecer algumas considerações sobre a aplicação da resolução do CNJ, a partir das observações resultantes da análise da experiência italiana.

A Lei n° 81/2014

Em 31 de maio de 2014, foi promulgada, na Itália, a Lei nº 81 – *Misure urgenti per superare gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)*[3], entrando em vigor em 31 de março de 2015, após o prazo de um ano, para que as regiões responsáveis pela aplicação das medidas se organizassem.

Foram fechados, até a data estabelecida como limite, os 5 hospitais públicos existentes e o único hospital privado conveniado, quase exclusivamente feminino, totalizando uma população de 1.300 pessoas.

1 Revisão técnica de Maria Stella Brandão Goulart.

2 Dr. Ernesto Venturini é um intelectual italiano, médico, pesquisador, gestor público e ativista da Psiquiatria Democrática italiana, notabilizado em função de sua colaboração na construção da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial. Ele participa e acompanha a construção da política de saúde mental brasileira, europeia e africana, operando com uma perspectiva transdisciplinar. Atualmente, Dr. Venturini representa a Fundação Franca e Franco Basaglia (Veneza) e a Universidade de Estudos da República de San Marino.

3 Medidas urgentes para superar os Hospitais Psiquiátricos Judiciais.

O ano de 2014 foi uma data histórica para Itália, mas também para todos os países que querem afirmar o "Estado de direito" para todos os seus cidadãos e suas cidadãs.

Depois de oito anos, pode-se dizer que a aplicação da lei não realizou nenhum dos temores expressos por aqueles que se opuseram à lei ou que, pelo menos, ficaram perplexos diante dela.

- Não houve aumento de crimes (suicídios ou atos de violência) atribuíveis a pacientes psiquiátricos (houve uma diminuição). Ainda que os raros episódios de violência tenham encontrado algum destaque nos meios de comunicação, a ausência de um agravamento da "periculosidade psiquiátrica" é incontestável.
- Todas as pessoas internadas foram atendidas pelo serviço público de saúde mental (sem nenhuma referência ao setor privado). A resposta dos profissionais do serviço público da saúde e da justiça foi substancialmente marcada pela aplicação da nova lei.
- Todas as pessoas internadas encontraram o cuidado em saúde e o alojamento (seja em casa própria, seja em residências adequadas). O número total das pessoas com medidas de segurança, que girava em torno de 1.300, foi reduzido para uma média constante de cerca de 650 ocorrências, considerando também as novas medidas de segurança transitórias, para quem não estava aprisionado.
- Esses dados mostram que um grande número de pessoas com medidas de segurança foi considerado curado durante um período de tempo muito menor do que quando estava internado em manicômios judiciários.

Pode-se afirmar, portanto, que é possível, em um Estado moderno e complexo, fechar todos os hospitais psiquiátricos, inclusive os judiciários, e que, como diz Norberto Bobbio, a Lei da Reforma Psiquiátrica foi, no panorama geral das leis, uma das poucas "verdadeiras" reformas: estabeleceu o reconhecimento de pleno direito civil também para os "loucos".

Como ilustrarei mais adiante, nem tudo funciona bem: há lacunas e a necessidade de fazer algumas mudanças importantes. Mas não há possibilidade de voltar atrás.

O caminho para a reforma

Na realidade a reforma da psiquiatria italiana foi conquistada não através de uma única lei, mas através de quatro leis e de dois projetos objetivos do governo (Tabela 1).

TABELA 1: AS LEIS DA REFORMA EM SAÚDE MENTAL NA ITÁLIA

1968	Lei 431: internação voluntária para doentes mentais
1978	Lei 180: encerramento dos Hospitais Psiquiátricos
1979	Lei 833: promulgação do Sistema Único de Saúde
1994	Primeiro projeto objetivo
1998	Segundo projeto objetivo
2014	Lei 81: encerramento dos Hospitais Psiquiátricos Judiciários

A primeira lei foi promulgada em 1968: equiparou os doentes mentais aos doentes físicos, reconhecendo indiretamente sua capacidade de entender e de querer; aboliu o Registro Judicial fascista, que definia e registrava os pacientes psiquiátricos como perigosos e criminosos; criou Centros de Higiene Mental para apoiar os pacientes que tivessem alta dos hospitais psiquiátricos.

A segunda lei, de 1978 (comumente chamada Lei Basaglia), definiu a suspensão imediata do internamento nos hospitais psiquiátricos existentes, convertidos em locais de assistência e reabilitação. O atendimento dos doentes passou a ser possível nos Centros de Saúde Mental do território e o internamento, voluntário ou involuntário, tinha que acontecer em pequenas unidades em hospitais gerais. A internação involuntária passou a ser tratada como Tratamento Sanitário Obrigatório — excepcional e limitada no tempo de execução (e não devida a diagnóstico psiquiátrico) —, sendo autorizada pelo prefeito local, como o responsável pela saúde pública dos cidadãos e das cidadãs.

A terceira Lei é a 833, de 1979, que criou o Sistema Único de Saúde e integrou a lei anterior da psiquiatria através de um pequeno número de artigos, abolindo qualquer lei "especial" para pacientes psiquiátricos.

A última lei, de 2014, fixou o fechamento definitivo dos Hospitais Psiquiátricos Judiciais.

Foi necessário também promulgar dois Projetos Objetivos de Saúde Mental: o primeiro em 1994 e o segundo em 1998. Ambos tiveram duração de dois anos e definiram o orçamento e a organização dos Departamentos de Saúde Mental, regulamentando o processo. As quatro leis e os dois projetos objetivos se moveram coerentemente um em relação ao outro.

As diferentes leis, resultantes de várias mediações, ficaram incompletas e não totalmente satisfatórias, mas se afirmaram graças ao exemplo das transformações positivas realizadas co-

rajosamente pelos profissionais, pela capacidade de alguns funcionários de traduzir princípios em termos administrativos (à semelhança do que foi conseguido aqui no Brasil por Domingos Sávio de Nascimento quando presidia a Comissão Federal de Saúde Mental) e graças ao trabalho, político e comunicativo, de Franca Ongaro Basaglia quando foi senadora no parlamento italiano.

A reforma da psiquiatria italiana em 1978-1979 tornou "inevitável" a superação do Manicômio Judiciário. Tendo mudado totalmente a maneira de entender o transtorno mental, era necessária uma nova leitura dos conceitos de imputabilidade (a incapacidade de entender e de querer) e de periculosidade social para transtorno mental. Pouco depois da promulgação da Lei 180, em 1978, deu-se início a ações para que fosse "automaticamente" sancionado o fechamento do Manicômio Judiciário. Mas a proposta não teve êxito, também pelo fato de os Manicômios Judiciários dependerem do Ministério da Justiça, que não estava envolvido diretamente na reforma da Saúde Mental.

Contudo, em situações particulares — entre elas a experiência do Departamento de Saúde Mental de Trieste —, foram instauradas práticas de atendimento alternativas ao Manicômio Judiciário. Baseavam-se na recusa, por parte dos peritos psiquiátricos escolhidos entre os psiquiatras que trabalhavam nos Centros de Saúde Mental, de considerar "inimputável" a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, atribuindo-lhe, nos casos mais graves, apenas a incapacidade "parcial" de entender e de querer, e oferecendo-lhe o acolhimento e o tratamento psiquiátrico e de reinserção psicossocial nos serviços territoriais de saúde mental. Os magistrados aceitaram bem essa possibilidade. Assim essa prática demonstrou a capacidade dos serviços psiquiátricos em assumir o tratamento em liberdade também para o chamado louco infrator. Ficou evidente a falta de fundamentação da associação entre a doença mental e periculosidade social. Em Trieste, por quarenta anos, ninguém foi enviado para Manicômios Judiciários.

Como reconhecimento dos resultados positivos da desinstitucionalização, alguns setores da magistratura introduziram mudanças substanciais na normativa jurídica e penal.

- Em 1982, (decisão nº139), a Corte di Cassazione decidiu que a periculosidade social não poderia ser definida, de uma vez por todas, como um atributo natural da pessoa. Ao contrário, deveria ser colocada em relação aos contextos, à presença ou não de oportunidades de tratamento.
- Em 1983, Franca Ongaro Basaglia, então senadora, apresentou ao parlamento projeto de lei para abolir a inimputabilidade por doença mental, uma vez que a sanção de sua total irresponsabilidade se revelou prejudicial à recuperação da pessoa. Porém, essa proposta não foi aceita.
- Em 2003 (Lei nº 253), a Corte di Cassazione quebrou o automatismo entre medida de segurança e encaminhamento ao Manicômio Judiciário, consentindo a aplicação desta em lugares alternativos — por exemplo, nas residências gerenciadas pelos serviços psiquiátricos públicos — e seguindo uma praxe a ser definida caso a caso.

- Um ano depois, a Corte Constitucional (Lei nº 367/2004) declarou inconstitucional a não aplicação de medidas alternativas para os pacientes no Hospital Psiquiátrico Judiciário, uma vez que essa impossibilidade causaria desigualdade de tratamento entre doentes mentais internados e outros em liberdade.

- Além disso, o Juiz de Execução da Pena passou a poder reformular as medidas de segurança anteriores, que haviam sido estabelecidas pelo Tribunal. Em substância, as medidas de segurança não deveriam ser aplicadas automaticamente, mas necessitariam ser objeto de uma reavaliação contínua.

- As atualizações do Código de Processo Penal determinaram que o "laudo pericial" das pessoas suspeitas de um crime e portadoras de transtorno mental não deveriam ser realizadas no Manicômio Judiciário, para a pessoa poder desfrutar do direito de defesa como qualquer um.

- Uma consistente ajuda para a solução desse impasse já tinha sido dada pelo Decreto-Lei de 1999, que transferia as funções sanitárias dos Institutos Penitenciários, até aquele momento em dependência da Ministério da Justiça, para o Sistema Sanitário Nacional. Essa lei abriu espaços operacionais importantes para o tratamento dos réus com distúrbios mentais, pois considerava o valor terapêutico da territorialidade (tratamento na comunidade). O conceito de territorialidade tornou significativa a hipótese de um envolvimento direto das Regiões italianas para resolver o problema do fechamento dos Hospitais Psiquiátricos Judiciários. Cada região deveria assumir a responsabilidade pela saúde dos seus respectivos cidadãos e cidadãs internados no Manicômio Judiciário e, na medida do possível, deveria alocá-los perto da sua residência de origem.

Uma visita oficial aos Manicômios Judiciários, realizada por uma delegação italiana de políticos, representantes de associações de familiares de pacientes psiquiátricos, do Fórum de Saúde Mental e da Psiquiatria Democrática determinou a necessidade de fechar imediatamente os Hospitais Psiquiátricos Judiciais. Ao mesmo tempo, a maioria dos psiquiatras de serviços públicos sempre se posicionou a favor da reforma e apoiou o projeto de fechamento dos HPJs.

Com base nessa queixa e como resultado também de outras várias do Tribunal de Justiça da Comunidade Europeia, foi ativada uma Comissão de Inquérito do Senado.

A Comissão do Senado, presidida pelo senador Ignazio Marino, encaminhou, também, uma visita a todos os HPJs e deu um grande impulso à solução do problema, filmando a trágica situação nos locais e enviando o filme para a televisão durante o horário de pico. A Comissão envolveu o Presidente da República Giorgio Napolitano, que chegou a mencionar os HPJs no seu discurso de final de ano, definindo-os como "indignos" de um país civilizado. Deu-se, então, início a um caminho político e administrativo para o fechamento dos HPJs.

Uma primeira proposta estipulou que, a partir de 31 março de 2013, as medidas de segurança deveriam ser realizadas dentro de novas estruturas de saúde, fora dos Hospitais Psiquiátricos Judiciários. Diferente foi, por sua vez, a proposta do Fórum de Saúde Mental e da Psiquiatria Democrática, preocupado com o desencadeamento de um processo de "neo institucionalização", relacionado com a construção de novas estruturas e organizações asilares. Em vez disso, seria desejável a realização de projetos personalizados, nos quais "o dinheiro segue o doente" e os financiamentos concedidos fossem usados para aumentar os recursos estruturais dos Centros de Saúde Mental acolhedores.

A esse respeito, vale a pena fazer um breve comentário. Seria sempre desejável que as leis fossem o resultado, amplamente consensual, de um longo processo preparatório, programando tempos, recursos e processos ao longo do tempo. E assim foi para esta lei, num longo período de incubação que durou 34 anos, como tenho documentado. Mas é igualmente evidente que se chegou a um beco sem saída, devido à impossibilidade política/técnica de uma convergência para encontrar uma solução. Nessas situações, foi apropriado aproveitar as oportunidades favoráveis (o impacto da televisão em cenas filmadas nos HPJs, a opinião do Presidente da República) mesmo que com base em fatores emocionais.

Do ponto de vista teórico, parece, também, adequado prever períodos de implementação escalonados no tempo. E, no entanto, a experiência nos ensinou que, pelo menos nessa área, a afirmação de uma mudança fundada num direito essencial da pessoa deve ser peremptória e radical: fechar em data precisa todos os Hospitais Psiquiátricos Judiciários (como foi o caso da "Lei Basaglia" e da Lei 81/2014).

Como nos ensina o escritor Charles Baudelaire: "Só o que é prontamente substituído é verdadeiramente destruído".

Principais dispositivos da Lei n° 81/2014

- As regiões devem acolher todas as pessoas internadas em Hospitais Psiquiátricos Judiciários em estruturas regionais próprias e formular programas individualizados de alta (referência e tratamento territorial). Caso contrário, será levado um interventor para regiões inadimplentes.
- Os locais de recepção dos egressos passaram a ser as "Residências para execução de medidas de segurança" (Rems). Eles se tornam solução residual e excepcional, tendo em vista as disposições que favorecem as medidas alternativas à internação.
- A responsabilidade pelo tratamento nas Rems é "competência exclusiva da saúde pública", gerida pelo Departamento de Saúde Mental do SUS.

- O juiz pode aplicar uma medida de segurança para uma pessoa com transtornos mentais apenas quando outra medida diferente não for capaz de garantir o cuidado adequado e deve sempre adotar alternativas para uma inserção no território.
- A duração máxima da medida de segurança não pode ser maior do que a pena para o crime (máximo padrão); portanto, há um limite para extensões e uma suspensão das chamadas "penas de prisão perpétua".

Características das Rems

O objetivo da lei foi alcançado através do modelo Rems (Residências para Execução de Medidas de Segurança), delineado pela Portaria do Ministério da Saúde de 1º de outubro de 2012, emitida antes da aprovação da Lei 81/2014.

A Lei 81 define a Rems como residual, temporária, transitória e territorializada.

- Residual, porque outros caminhos devem ser percorridos, o mais breve possível, através de projetos personalizados e alternativos.
- Temporária, para a pessoa que deveria ficar apenas por um período de acolhimento e hospedagem, em uma "condição cheia de potencial evolutivo".
- Transitória, em uma provisoriedade que deveria dizer respeito à própria rede de Rems, inserida em um processo de mudança permanente, no qual as condições de atendimento sejam mantidas constantes.
- Sanitária, pois a gestão interna da Rems é da "competência exclusiva da saúde" (gerida pelos Departamentos de Saúde Mental), "para o exercício das funções assistenciais, para a prossecução dos objetivos de saúde e reabilitação, por meio da adoção de programas terapêutico-reabilitativos e de inclusão social baseados em evidências de eficácia". Os operadores da Rems, consequentemente, não estão onerados com deveres de custódia (se um paciente quiser sair da residência, os operadores não devem impedi-lo).
- No que diz respeito às atividades de segurança perimetral e vigilância externa das Rems, elas não são da competência do Serviço Nacional de Saúde ou da Administração Penitenciária. As regiões e províncias autônomas, quando necessário, acionam convênios específicos com as Prefeituras (o "*Prefeito*" na Itália é o representante do governo por cada distrito). A lei apenas diz que "deve ser levado em consideração o aspecto logístico das estruturas, de modo a garantir padrões de segurança adequados." É uma abordagem dinâmica que não define requisitos de segurança e vigilância.

- Territorial. A lei configura assim uma estrutura de gestão comunitária/territorial, que deve ter em conta as características psicopatológicas dos doentes. "O acesso só pode ocorrer com base em um programa específico acordado entre serviços, doentes e familiares". Esses elementos tornam as residências permeáveis e conectadas funcionalmente pelo exterior.
- Familiar. "Os princípios que inspiram a gestão das estruturas residenciais são os de uma dimensão 'familiar' capaz de aderir às necessidades da vida das pessoas, de permeabilidade às trocas sociais. Os programas de reabilitação são individualizados e acordados com os doentes e "devem prever um período de tempo que seja adequado às necessidades e capacidades dos doentes."

A Tabela 2 mostra a localização regional, o nome das Rems e as cidades onde estão localizadas.

TABELA 2: NOME E LOCALIZAÇÃO DAS REMS (ABRIL 2018)

Nome Rems	Cidade	Nome Rems	Cidade
Abruzzo Barete	Barete (AQ)	**Lazio** Palombara Minerva	Palombara Sabina (RM)
Basilicata Pisticci	Pisticci (MT)	**Lazio** Pontecorvo	Pontecorvo (FR)
Calabria Santa Sofia D'epiro	Santa Sofia D'epiro (CS)	**Lazio** Subiaco Castore	Subiaco (RM)
Campania Calvi Risorta	Calvi Risorta (CE)	**Liguria** Genova Pra	Genova (GE)
Campania Mondragone	Mondragone (CE)	**Lombardia** Castiglione	Castiglione Delle Stiviere (MN)
Campania San Nicola Baronia	San Nicola Baronia (AV)	**Marche** Casa Gemelle	Monte Grimano Terme (PU)
Campania Vairano Patenora	Vairano Patenora (CE)	**Piemonte** Anton Martin	S. Maurizio Canavese (TO)
Emilia-Romagna Bologna	Bologna (BO)	**Piemonte** Bra Casa Di Cura San Michele	Bra (CN)
Emilia-Romagna Casale Di Mezzani	Mezzani (PR)	**Puglia** Carovigno	Carovigno (BR)
Friuli V.g. Aurisina	Aurisina (TS)	**Puglia** Spinazzola	Spinazzola (BT)

Friuli V.g. Maniago	Maniago (PN)	**Sardegna** Capoterra	Capoterra (CA)
Friuli V.g. Udine	Udine (UD)	**Sicilia** Caltagirone	Caltagirone (CT)
Lazio Ceccano	Ceccano (FR)	**Sicilia** Naso	Naso (ME)
Lazio Palombara Merope	Palombara Sabina (RM)	**Toscana** Volterra Padiglione Morel	Volterra (PI)
		Trentino A.a. Pergine Valsugana	Pergine Valsugana (TN)

Os dados atualizados até 31 de julho de 2021 mostram que havia um total de 36 Rems em nível nacional, das quais 25 transitórias e 11 definitivas. Isso significa que o 69,4% das Rems ainda são provisórias. Parece, portanto, que o modelo das Rems ainda não se estabilizou.

Atualização da Lei n° 81/2014

Os primeiros momentos de aplicação da lei encontraram forte resistência, principalmente por parte de representantes da justiça e dos administradores públicos. Foi necessário nomear um interventor para fazer cumprir os termos e condições da lei.

Os projetos de abrigos eram muitas vezes aleatórios e a chamada "alta clínica" frequentemente não correspondia à "alta real". Além disso, o número de vagas nas Rems era mais baixo do que o número dos internados nos hospitais judiciários, sendo que aumentaram paradoxalmente os pedidos de medida de segurança pelos juízes para cuidado nas Rems. Esse fato é interessante: é como se a ideia de enviar um louco infrator para um local menos brutal que o OPG facilitasse uma hipótese de periculosidade (com medida de segurança) mesmo em presença de um crime menor.

Com foco em programas de "leitos", ao invés de pensar em projetos de vida de pessoas, algumas regiões se orientaram por uma dimensão de custódia médica, concentrando-se no "lugar" e não na "pessoa". A redução da lei à simples construção de uma estrutura que sirva de *container* para pessoas especiais, sem fazer parte de um projeto integrado com a saúde mental e com as redes institucionais e informais da comunidade, representa uma resposta profundamente errada.

A característica "disposicional" dos sistemas de justiça, geralmente bastante rígida, pouco flexível e desacostumada a ver as consequências dos atos e as condições de sua execução, às vezes, permaneceu desorientada.

Essas dificuldades na aplicação da lei e as fortes diferenciações entre diferentes regiões dependem de alguns fatores:

- Não vamos esquecer que a lei se define como urgente ("Medidas urgentes para ultrapassar os HPJs") e por isso pressupõe novas e posteriores intervenções. E de fato, como comentarei, hoje haveria a possibilidade de intervir para corrigir e completar.Mas, nos últimos anos, ocorreram eventos importantes no cenário nacional e internacional que canalizaram a atenção e os recursos para novas emergências dramáticas: a pandemia de covid, a guerra na Ucrânia, o fluxo maciço de migrantes, a crise econômica. Além disso, politicamente, a Itália é hoje governada por um governo que se declara de extrema direita e propõe escolhas sociais e econômicas com uma clara redução do *Welfare State*.

- A saúde pública italiana e, consequentemente, a Lei de Reforma da Política de Saúde Mental, entrou em crise em 2001, com a descentralização dos poderes institucionais do Estado[4]. Uma nova lei, plenamente aceitável do ponto de vista teórico, mudou profundamente a distribuição de competências entre o Estado e as regiões, tornando estas últimas autônomas nas políticas de saúde. Na ausência das medidas corretivas necessárias, as regiões fizeram escolhas (na distribuição de recursos e escolha de prioridades) muito díspares e, muitas vezes, totalmente passíveis de crítica. Essa situação é refletida claramente na qualidade dos serviços de saúde e da saúde mental, particularmente.

- Faltou, nestes anos, o envolvimento pleno da Universidade nas profundas mudanças operadas no campo da saúde mental. Paradoxalmente, os novos profissionais de saúde são ainda formados em modelos de referência científica que pertencem ao passado ou que se referem a realidades internacionais pouco relacionadas com o que aconteceu na Itália.

- E, finalmente, precisamos levar em conta um problema-chave, que pode ser considerado um verdadeiro "convidado de pedra"[5]. A atual "desordem" depende predominantemente da incompletude da lei: faltam as alterações à imputabilidade, a superação da periculosidade social e das medidas de segurança, a permanência da "*doppio binario*"[6] e demais disposições do código de processo penal. (O código penal — o Código Rocco — em vigor desde 1930 refere-se à Lei 36/1904 e não está em harmonia com a Lei 180/1978 ou 81/2014).

Situação atual

Para ajudar a entender o funcionamento da Lei 81/2014, mostro algumas tabelas oficiais que definem a situação das regiões italianas em relação ao uso das Rems em 2022 (Tabela 3 e Tabela 4). Os dados servem como indicadores de atividade das estruturas.

4 Lei constitucional de 18 de outubro de 2001, nº 3, "Alterações ao título V da segunda parte da Constituição".
5 Trata-se de uma expressão figurativa, amplamente utilizada na linguagem jornalística, para designar uma presença iminente, mas invisível, muda e, por isso, perturbadora e imprevisível, que todos conhecem, mas que ninguém nomeia. A imagem que deu origem à expressão é retirada da história de Don Giovanni, obra do século XVII que deu fama universal ao dramaturgo espanhol Tirso de Molina.
6 "Pista dupla", como se define o comportamento da justiça entre os que são responsabilizados por seus atos e os que não são responsáveis pela doença mental.

TABELA 3: SITUAÇÃO DAS REMS (2022)

Regiões	Vagas Rems	Vagas médias para Rems	Vagas ocupadas	Porcentagem de ocupação	Vagas por milhão de habitantes adultos
Piemonte	40	20,0	40	100 %	11,0
Lombardia	160	26,7	151	94,4 %	18,9
Veneto	**40**	**20**	**38**	**95 %**	**9,8**
Friuli V.G.	**6**	**2**	**4**	**66,7 %**	**5,8**
Trentino Alto A.	10	10	9	90 %	11,3
Liguria	20	20	20	100%	15,3
Emilia-Romagna	**24**	**12**	**24**	**100 %**	**6,4**
Toscana-Umbria	**39**	**19,5**	**34**	**87,2%**	**10,1**
Marche	20	20	25	125 %	15,7
Lazio	91	15,2	69	75,8%	18,9
Abruzzo Molise	20	20	12	60 %	14,8
Campania	**40**	**20**	**40**	**100%**	**8,5**
Calabria	20	20	20	100%	12,7
Puglia	38	19	30	78,9%	11,5
Basilicata	10	10	9	90 %	21,3
Sardegna	16	16	15	93,8%	11,5
Sicilia	58	19,3	56	96,6%	14,4
ITÁLIA	**652**	**17,6**	**596**	**91,4%**	**13**

Os dados da Tabela 3 definem para cada região (e para todo o país) o total das vagas das Rems, a média das vagas para cada Rems, as vagas ocupadas, o percentual de ocupação e o número de vagas por habitante regional[7].

7 Documento do Ministério da Saúde, da Justiça e da Conferência das Regiões e Províncias Autônomas, em resposta aos questionamentos do Tribunal Constitucional, chamados ao julgamento da legitimidade constitucional da Rems. Antes de proferir a sentença, o Tribunal, por meio do despacho nº 131/2021, solicitou às referidas autoridades esclarecimentos sobre o funcionamento da reforma após a extinção dos OPGs.

TABELA 4: LISTA DE ESPERA (25 DE MARÇO DE 2022)

Regiões	Reclusos na prisão por medida provisória	Recluso na prisão medida definitiva e mista	Total de reclusos	Em liberdade por medida provisória	Em liberdade por medida definitiva e mista
Piemonte	0	0	0	8	8
Lombardia	10	2	12	30	17
Veneto	**0**	**0**	**0**	**6**	**3**
Friuli V.G.	**0**	**0**	**0**	**4**	**4**
Trentino Alto A.	**0**	**0**	**0**	**3**	**3**
Liguria	**0**	**0**	**0**	**6**	**3**
Emilia-Romagna	3	0	1	16	10
Toscana Umbria	1	1	2	46 (entre eles 1 em SPDC)	
Marche	0	0	0	2	3
Lazio	9	1	10	44 (entre eles 1 em SPDC)	24
Abruzzo Molise	1	0	1	5	7
Campania	1	0	1	44	25
Calabria	5	2	7	52	14
Puglia	1	3	4	41	22
Basilicata	**0**	**0**	**0**	**2**	**0**
Sardegna	**0**	**1**	**1**	**5**	**3**
Sicilia	1	0	1	50	43
ITÁLIA	**32**	**10**	**42**	**371 (entre eles 2 em SPDC)**	**192**

A Tabela 4 apresenta as listas de espera de pessoas a serem acolhidas na Rems: referem-se tanto a detentos em unidades prisionais (com medidas de segurança temporárias ou definitivas) como a pessoas em liberdade (também neste caso com medidas de segurança temporárias ou definitivas)[8].

8 Relatório ao Parlamento 2022 do Garante Nacional dos direitos das pessoas privadas de liberdade pessoal https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/pages/it/homepage/pub_rel_par/

Salienta-se que a correta leitura dos dados exigiria uma análise detalhada das variáveis que caracterizam cada região: trata-se de uma atividade muito complexa. Limitar-me-ei a fornecer algumas considerações gerais, que considero adequadas e credíveis. Analiso a política da saúde das regiões, independentemente das realidades locais que podem ser diferentes do quadro geral, e destaco os dados extremos: os resultados piores e os melhores na aplicação da lei. Mas examinarei sobretudo as regiões com os melhores resultados (em negrito), fornecendo informações que possam explicar o fenômeno. Refiro-me a modelos operacionais historicamente estabelecidos e de conhecimento público. Segue a análise dos dados:

Se examinarmos os resultados totais referentes à Itália, verificamos

- ☑ que o número de vagas (652) é cerca de metade das pessoas que estiveram internadas em HPJs (como já dissemos);
- ☑ que o número de vagas por milhão de habitantes (13) é aceitável;
- ☑ que o percentual de utilização (91,4%) demonstra eficiência;
- ☑ que, por outro lado, o número médio de vagas para cada Rems (17,6) é alto, e, portanto, inapropriado, de acordo com os padrões de reabilitação social.

Se examinarmos os dados totais da lista de espera, verificamos que o número de pessoas que esperam para serem atendidas é bastante alto: 563. E esse número, na ausência de intervenções radicais, corre o risco de colocar o sistema em crise. Mas não há, ainda, uma situação de superlotação (apenas em Marche há 125% de emprego).

Se avaliarmos os equipamentos das Rems, considerando apenas pessoas com medidas de segurança definitivas destinadas a Rems, seus equipamentos atuais seriam suficientes. A comparação com os dados do ano anterior[9] demonstra que os sujeitos com medidas de segurança definitivas, em 2021, foram 305, aos quais se somaram os 10 reclusos em institutos penais e 192 em liberdade. Portanto, 497 pessoas em comparação com uma alocação total de vagas de 652. Também as pessoas com medidas de segurança na Rems foram 237 (sobre 596), contra 258 no ano anterior[10], com uma redução de 8,1%.

9 Dados não mostrados nas tabelas, mas presentes no relatório ao Parlamento (em 2022) do Garante Nacional dos direitos das pessoas privadas de liberdade pessoal. Link já mencionado.
10 Ibidem.

Então, o sistema apresenta uma boa dinâmica em termos de entradas e altas (*turnover*): em 2021 foram 298 entradas (contra 237 em 2020) com +25,7% e 278 altas, número que quase se compara aos 273 de 2020[11]. Algumas questões críticas nos prazos médios de execução da medida emergem de pesquisa realizada em 30 de setembro de 2021. De fato, em comparação com uma média nacional de 26,8 dias, existem várias Rems com alta permanência: Lazio (60 dias), Sicília (90-180 dias) e uma Rems de Puglia (com 150 dias)[12].

Em resumo, se apenas pessoas com medida de segurança definitiva fossem destinadas às Rems, seus equipamentos atuais seriam suficientes. Por outro lado, vendo toda a lista de espera, os dados globais apresentados na tabela mostram como o problema é o das medidas provisórias de segurança que representam 66,6% do total da lista de espera e 76,2% dos presos[13]. Hoje o sistema funciona, mas, na ausência de intervenções, prevê-se uma redução progressiva de volume dos projetos terapêuticos e uma perda de eficiência de todo o sistema. Quanto mais a Rems assume uma função custodial, mais ela se distancia das práticas do Departamento de Saúde Mental, dificultando o atendimento dos pacientes que tiveram alta no território.

Vamos examinar, agora, os resultados diferenciados por região.

☑ Alguns elementos são comuns a todas Rems: a regionalização, o número limitado das Rems para cada região, a estruturação de um Regulamento Rems diferente da Ordem Penitenciária. As contenções físicas não são implementadas e todos os trabalhadores das Rems expressam a necessidade de ligações com o Departamento de Saúde Mental, reconhecendo o próprio caráter residual e transitório. Por outro lado, um dado não positivo e generalizado é oferecido pela percentagem de Planos de Reabilitação Terapêutica Individualizados (PTRI), que contempla apenas 122 em 328 usuários (37%) com medidas definitivas. Os planos são quase inexistentes para medidas provisórias;

11 Ibidem.
12 Ibidem.
13 Embora a alocação de vagas Rems seja evidente, muito menos mapeada é a quantidade de pessoas com medidas não privativas de liberdade, geralmente de liberdade condicional, presentes no território: em 30 de abril de 2022, havia 4.298 homens e 296 mulheres em liberdade condicional, totalizando 4.594. Destes 70% são hóspedes das Residências, por vezes com a altamente questionável forma de liberdade condicional com a obrigatoriedade (não coerciva) de permanência na Residência.

- Em um sistema nacional de saúde com forte diferenciação regional, como foi esclarecido acima, as Rems assumiram características muito diferentes com indicadores de resultado altamente diferenciados. Em geral, verifica-se que nas regiões do norte da Itália, onde se concentram as maiores riquezas do país, apresentam-se melhores desempenhos no campo da saúde e assistência. Mas nem sempre é assim e o atesta a região da Lombardia, que tem Rems com um alto número de vagas por número de habitantes, uma média muito alta de vagas para cada Rems e um alto percentual de ocupação. Chama a atenção que as suas 6 Rems estejam localizadas na mesma área onde estava localizado o Hospital Psiquiátrico Judiciário (Castiglione dello Stiviere): a pior escolha possível, em contraste com as necessidades elementares de inclusão social. Infelizmente, não é a única região a apresentar essas deficiências: em outras regiões existem Rems claramente definidas nas necessidades de custódia e controle (com ostentação de sistemas de segurança, com médicos de jaleco branco, que certamente não vislumbram uma situação familiar e com oa uso de pessoal que já havia atuado no HPJ);
- Mas bons resultados existem e são representados pelos dados nas tabelas propostas. Os melhores (por número de vagas por habitante e por ocupação, mas também para tempo médio de permanência na unidade e consequentemente para uma melhor inclusão social) são oferecidos pelas regiões Friuli V.G., Emilia Romagna, Veneto, Toscana, Umbria, que, já anteriormente, desenvolveram um sistema de rede participativa e comunitária eficiente na aplicação da Lei de Reforma da Política de Saúde Mental;
- Respostas positivas para a saída do HPJ e para inclusão social têm sido favorecidas pelas relações e práticas operacionais de colaboração entre psiquiatras e juízes. Diante da rigidez das regras e de suas aplicações, valeram, neste caso, a disposição e a flexibilidade para enfrentar as contradições da vida, pois, como nos ensina Piero Calamandrei — um renomado jurista, constitucionalista italiano.

As leis estão vivas porque dentro dessas fórmulas é preciso circular o pensamento de nosso tempo, deixando entrar o ar que respiramos, plantar nelas as nossas intenções, as nossas esperanças, o nosso sangue e as nossas lágrimas (...) senão tornam-se fórmulas vazias[14].

Esta colaboração, sem dúvida, favoreceu os resultados positivos de algumas regiões: Friuli-V.G, Emilia-Romagna, Campânia, Toscana-Úmbria.

Vale a pena lembrar a sentença do Tribunal Constitucional 22/2022 e a anterior nº 99/2019,

14 Calamandrei P. In difesa di Danilo Dolci, 1956: https://canestrinilex.com/risorse/in-difesa-di-danilo-dolci-di-piero-calamandrei/.

que ofereceram ferramentas importantes para o legislador resolver alguns problemas da lei. O Conselho Superior da Magistratura e a Comissão de Bioética têm dado referenciais metodológicos e interpretativos para definir um novo ponto de encontro entre Justiça e Saúde Mental por meio de protocolos e mesas de gestão, porque, ao contrário da psiquiatria manicomial, perceberam que hoje o assunto da saúde mental já não é mais como conter ou controlar o doente, e sim, como prevenir e produzir saúde.

- Uma menção especial merece a excelente situação da região Friuli Venezia Giulia (Províncias de Trieste, Gorizia, Udine, Pordenone). Os melhores resultados da inclusão social, com baixo número de pessoas na lista de espera, encontram uma explicação na ótima qualidade histórica dos serviços de saúde mental abertos 24 horas, nos projetos personalizados com orçamentos de saúde, no relacionamento com órgãos do terceiro setor, na implementação de uma saúde mental efetiva dentro das prisões. Nesse contexto, o modelo Friuli com a "Rems difusa" (no território) está entre os mais avançados no processo de criação de um moderno sistema comunitário de saúde mental, capaz de construir caminhos personalizados com orçamentos de saúde que levem à superação da própria Rems.

As propostas

Do meu ponto de vista, é recomendável:

- ☑ Fortalecer o modelo de administração coparticipada (Centro Interinstitucional - Intersetorial), composto por representantes das várias autoridades envolvidas (saúde, justiça, educação, cultura, trabalho); coordenar e monitorar a execução das atividades, nomear um seu representante como Interventor, para a aplicação da lei.
- ☑ Reforçar os recursos de saúde mental: recursos econômicos, recursos humanos (formar operadores para "saber ouvir" as necessidades dos doentes), aumentar a capacidade de articulação dos serviços com as redes comunitárias (institucionais e espontâneas), envolvendo formas de voluntariado no projeto de reinserção social.
- ☑ Construir caminhos de reabilitação e inclusão social com "orçamentos personalizados de saúde" que levem à superação das próprias Rems: "o dinheiro segue a pessoa". Exemplo importante é o modelo da Rems difusa do Friuli V. G.

- [x] Apoiar a proposta de Lei nº 2939 apresentada no Parlamento (projeto de on. Maggi Riccardo) para mudar o instituto da inimputabilidade: "Alterações ao código penal, ao código de processo penal e à Lei de 26 de julho de 1975, nº 354, sobre imputabilidade e medidas alternativas à detenção para pessoas com deficiência psicossocial"[15].

Conclusões

- [x] Em geral a avaliação da forma como chegamos ao fechamento dos Hospitais Psiquiátricos Judiciários e o estado atual da mudança não nos permite dizer que estamos satisfeitos — ou melhor, não nos permite "ainda" estar plenamente satisfeitos. O caminho percorrido não foi a melhor solução, mas foi aquele efetivamente factível.
- [x] Podemos dizer, uma vez mais, que as Rems devem ser superadas, pois o tratamento não precisa de uma estrutura física para "executar medidas de segurança". Se o modelo Rems foi útil para alcançar o fechamento dos HPJs, não é adequado para atender às novas necessidades.
- [x] A atual desordem depende predominantemente da incompletude das leis: faltam a correção à inimputabilidade, a superação das medidas de segurança, a permanência da "via dupla" e as demais disposições do código de processo penal.
- [x] A superação dos Hospitais Psiquiátricos Judiciários implica a necessidade urgente de rever o sistema penitenciário, inadequado para lidar com os problemas psíquicos dos presos .
- [x] Com referência à experiência dos últimos anos, são necessárias: a re-proposição de um interventor para corrigir as anomalias regionais e, acima de tudo, uma nova lei.
- [x] Em todo caso, podemos dizer que é possível e absolutamente necessário, em um Estado moderno e complexo, fechar todos os hospitais psiquiátricos, inclusive os judiciais.

15 Corte Constitucional: Sentença 22/2022 (ecli:it:cost:2022:22); Acórdão: julgamento de legitimidade constitucional de forma incidental.

Dicas para a superação dos Hospitais de Custódia Judiciários no Brasil

- Fechar os HPJs não é fácil nem óbvio, mas é possível e, jurídica e terapeuticamente, necessário. Uma reforma parcial é importante de qualquer forma, porque leva as contradições para um nível mais alto e permite um trabalho prático que pode atuar sobre a cultura professional e o imaginário coletivo e transformá-los.

- É preciso enfrentar, mais cedo ou mais tarde, a questão jurídica da inimputabilidade e, pelo menos, evitar a "total incapacidade de entender e querer" como diagnóstico psiquiátrico.

- Dar alta a um paciente do HPJ significa não apenas dar resposta ao direito de um indivíduo, mas mudar uma cultura fundada na periculosidade social e na irrecuperabilidade do louco criminoso. Para isso é necessário reforçar as Raps e sensibilizar os operadores do Direito, que devem suportar a reabilitação da pessoa (no seu sentido legal e psicológico), mas também significa favorecer o surgimento de uma rede comunitária, fundada na solidariedade ativa e na luta contra todos os estigmas. Existe a exigência de envolver ativamente as instituições políticas locais e o mundo da escola/universidades, da comunicação, da cultura, do trabalho e da arte.

- O problema não deve ser abordado em compartimentos estanques: o juiz que se limita à instauração de medida de segurança ou apenas a sancionar a sua resolução; os operadores de saúde envolvidos apenas no projeto clínico terapêutico; os assistentes sociais, na busca de soluções de habitabilidade e trabalho. É preciso, ao contrário, um grande trabalho coletivo inovador. Isso significa a capacidade e a vontade de escutar as opiniões uns dos outros.

- É absolutamente necessário manter a prerrogativa exclusiva do Serviço de Saúde pública no desenvolvimento e implementação dos projetos terapêuticos personalizados, recorrendo a suas estruturas locais a sua capacidade de potencializar e promover as redes sociais na comunidade. É um aspecto crítico, devido aos cortes de verbas públicas (às vezes para sustentar absurdamente organizações privadas como as comunidades terapêuticas, em aberto contraste com os princípios normativos da reforma da Política de Saúde Mental), mas também devido a um isolamento em que se encontram alguns CAPS: defensivos, autorreferenciais, isolados, muito medicalizadores. Encarregar-se do fim dos HPJs significa um grande desafio para a saúde mental, especialmente se não há uma rede local forte e bem-organizada. O risco de falha e sobrecarga deve ser evitado ao máximo.

- Durante a mudança, é necessário um sistema de monitoramento e avaliação rigorosos, com definição de objetivos, etapas e prazos exequíveis. O Poder Executivo deve produzir um regulamento de execução (formas, tempo e recursos humanos e financeiros) e nomear uma coordenação-geral para a condução do processo.
- Foram, e continuam sendo, as boas práticas que demonstraram a viabilidade, também no Brasil, de fechar os HPJs: quero dizer o pioneiro PAI-PJ-TJMG (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental – Tribunal de Justiça de Minas Gerais) e o Paili/GO (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator. Secretaria de Estado de Saúde de Goiás/SES-GO). Essas experiências consolidadas podem oferecer hoje um know-how formativo, necessários a quem vai assumir as funções de reabilitação. Em particular, refiro-me à "clínica da escuta", elaborada em Belo Horizonte no PAI-PJ-TJMG.
- O Brasil tem capacidade de resolver o vergonhoso problema dos hospitais de custódias judiciais: é um assunto de direito e democracia!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALBI G. **Infermità di mente e pericolosità sociale, tra OPGs e REMS**, 2015. Disponibile su www.penalecontemporaneo.it.

BARROS, F. O. **Por uma Política de Atenção Integral ao Louco Infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. Disponível em: https://www.tjmg.jus.br/data/files/41/A7/51/FD/204636104C5F1436B04E08A8/livreto_pai.pdf.

BASAGLIA F.; ONGARO F. O problema do acidente. *In*: **A instituição negada**, Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BASAGLIA F. **Conferenze Brasiliane**. Milano: Raffaello Cortina, 2000.

BIANCHETTI R. **Sollevata questione di legittimità costituzionale in merito ai nuovi criteri di accertamento della pericolosità sociale del semi infermo di mente**, 2014. Disponibile su www.penalecontemporaneo.it.

BRASIL. Ministério Público Federal, PFDC. **Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei n° 10.216/2001**. Brasília-DF, 2011.

BOSI S.; MAISTO F. Questioni attuali dopo la chiusura degli OPGs. *In*: **Questione Giustizia**, 2017.

CALCATERRA A. La riforma delle misure di sicurezza ed il necessario ripensamento del percorso di cura. *In*: **Questione Giustizia**, 2/2015.

CHIOLA G. **L'odissea giuridica dei folli rei, dagli ospedali psichiatrici giudiziari alle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza:** fra controllo e cura. Napoli: Guida Editori, 2017.

CIMINO L. Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: un'analisi critica. *In*: **Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza**, n. 2, 2014.

COLLICA M. T. Il giudizio di imputabilità tra complessità fenomenica ed esigenze di rigore scientifico. *In*: **Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale**, 2008.

COLLICA M. T. **La crisi del concetto di autore non imputabile "pericoloso"**, 2012. Disponibile su www.penalecontemporaneo.it.

CORLEONE F. **Manicomi criminali, la rivoluzione aspetta la riforma**, ed. Pacini. 2018.

CORLEONE F. **Seconda Relazione semestrale sull'attività svolta dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari**, 19 Agosto - 19 Febbraio 2017. Disponibile su www.stopopg.it.

COUNCIL OF EUROPE COMMITTEE OF MINISTERS, **Recommendation Rec (2006) of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules**, 11 January 2006.

CUPELLI C. **Dagli OPG alle REMS: un ritorno alla medicina custodiale?** Disponibile su www.penalecontemporaneo.it.

DE FAZIO L. e SGARBI C. Il percorso di chiusura degli OPGs e le nuove REMS: stato dell'arte e prospettive future. *In*: **Rassegna italiana di criminologia**, anno XI, n. 3, 2017.

DEL GIUDICE G. **Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari sono chiusi, ma le misure di sicurezza sono dure a morire**, pubblicato su La Magistratura (anno LXVII, n. 8).

DI NICOLA P. **Dalla chiusura degli OPG alle REMS**: limiti e difficoltà applicative della riforma, nº 2/3 2017. Disponibile su www.giudicedonna.it.

DI NICOLA P. **Vademecum per tentare di affrontare (e risolvere) il problema dell'assenza di posti nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)**, 2017. Disponibile su www.penalecontemporaneo.it.

FIORENTIN F. La riforma sceglie tre linee guida per coniugare salute del reo e libertà personale. *In*: **Guida Diritto**, n. 26, 21 Giugno 2014.

GATTA G. L. La riforma degli ospedali psichiatrici giudiziari. *In*: **Il libro dell'anno del Diritto**, 2013.

GATTA G. L. **Riforma Orlando**: la delega in materia di misure di sicurezza personali. Verso un ridimensionamento del sistema del doppio binario, 2017. Disponibile su www.penalecontemporaneo.it.

GOIÁS. Ministério Público do Estado de Goiás. **Portaria n° 05872006 GAB/SES**. Cria o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI).

MAISTO F. **Quale superamento dell'OPGs?** Disponibile su www.questionegiustizia.it.

MARGARA A. Manicomio giudiziario e legge 180. *In*: **Fogli di informazione**, s.l., 2008.

MASSARO A. Sorvegliare, curare e non punire: l'eterna dialettica tra "cura" e "custodia" nel passaggio dagli Ospedali psichiatrici giudiziari alle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza. *In*: **Riv. Italiana di Medicina Legale**, anno XXXVII, fasc. 4, – 2015.

MATTOS V. **Crime e psiquiatria — uma saída**: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança. 1°ed. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

PELISSERO M. Ospedali psichiatrici giudiziari in proroga e prove maldestre di riforma della disciplina delle misure di sicurezza. *In*: **Riv. Diritto Penale e Processo**, 2014.

PELLISSERO M. **Pericolosità sociale e doppio binario, vecchi e nuovi modelli d'incapacitazione**. Ed. Giappichelli, 2008.

PELLEGRINI P. **Chiusi gli OPG**: spunti per una nuova fase, 2017. Disponibile su www.stopopg.it.

PELLEGRINI P. **I decreti delegati ex legge 103/2017 di riforma dell'ordinamento penitenziario**: un'occasione sprecata. Rimessa da fondo campo? 2018. Disponibile su www.sossanità.it.

PELLEGRINI P. **Uno, nessuno, centomila**. Disponible su: https://vasodipandora.online/rems--custodia-o-cura-quali-terapie-e-quali-costrizioni/.

PICCIONE D. Libertà dall'ospedale psichiatrico in dimissione e rischi di regressione istituzionale. *In*: **Riv. AIC**, n. 4, 2014.

SANZA M.; MORI A. La valutazione della pericolosità sociale. *In*: **Sestante**, n. 1, 2015.

SCARPA F. Dopo l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario. *In*: **Sestante**, n. 1 2015.

SCHIAFFO F. Delega per la riforma delle misure di sicurezza: l'eco di un "immenso 'appetito di medicina'". *In*: **Diritto penale e processo**, fasc. 1, pp. 119-130, 2018.

SICARI M. G. Il passaggio dagli ospedali psichiatrici giudiziari alle REMS: problemi e prospettive. Tesi di laurea in diritto penale - Università degli Studi di Roma Unitelma Sapienza. Anno accademico 2018/2019. Disponible su http://www.ristretti.it/commenti/2020/aprile/pdf2/tesi_sicari.pdf.

VENTURINI E.; CASAGRANDE D.; TORRESINI L. **Il folle reato**. Il rapporto tra la responsabilità dello psichiatra e la imputabilità del paziente. Milano: Franco Angeli, 2010.

VENTURINI E. CASAGRANDE D.; TORRESINI L. **O crime louco**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2012.

VENTURINI E. O incidente de Imola. *In*: **Responsabilidades**, v. 3, n. 1, março e agosto de 2013.

VENTURINI E.; TORRES R., O.; MATTOS de V. (Orgs.) **O louco infrator e o estigma da periculosidade**. Brasília, Conselho Federal de Psicologia, 2016.

A SUPERAÇÃO DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA ENQUANTO UM PROCESSO SOCIAL E POLÍTICO

Paulo Amarante[1]

Introdução: a reforma psiquiátrica para além da rede de assistência e da legislação

As experiências internacionais denominadas reformas psiquiátricas, muito especialmente aquelas desenvolvidas no Reino Unido, França, Estados Unidos da América e Espanha, tiveram como objetivo central a reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico. A própria Declaração de Caracas (OPAS, 1990), marco político para a reforma psiquiátrica na América Latina, é intitulada como "reestruturação da assistência psiquiátrica", dando ênfase ao aspecto da transformação do âmbito técnico-assistencial.

Tais experiências, no geral, ficaram bastante limitadas. Uma hipótese pode ser pelo fato de não terem incluído outros aspectos da questão da loucura. Um primeiro aspecto diz respeito ao campo epistemológico, isto é, à necessidade de refletir sobre as características da ciência psiquiátrica e de ciências afins em suas abordagens do tema do transtorno mental. Afinal, a loucura, pela primeira vez apropriada a partir do conceito de *alienação mental* (Pinel, 1988), passaria por redefinições tais como degeneração, doença, enfermidade e transtorno mental (ou desordem, como utilizado na língua inglesa), que têm muito pouca precisão epistemológica, ou mesmo revelam o caráter moral, extremamente imbuído de julgamentos e preconceitos. Alienado, transtornado, sem juízo ou discernimento, desordenado ou sem controle são expressões que denunciam o caráter excessivamente subjetivo do saber psiquiátrico. As tentativas no sentido de dar uma precisão biológica ao transtorno se mostraram superficiais e não puderam ser comprovadas. A teoria da suposta etiológica neuroquímica dos transtornos foi definitivamente descartada pela revisão e pesquisa

1 Médico Psiquiatra, Mestre em Medicina Social, Doutor e Pós-Doutor em Saúde Pública, Pesquisador Sênior do Laboratório de Estudo e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Laps), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), e do Centro de Estudos Estratégicos Antonio Ivo de Carvalho, da Fiocruz. Presidente de Honra da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme) e Doutor Honoris Causa da Universidade Popular de Madres de Plaza de Mayo. E-mail: pauloamarante100@yahoo.com.

lideradas pela psiquiatra inglesa Joanna Moncrieff (Moncrieff, 2022), apesar da insistência da psiquiatria convencional em ressuscitá-la. É interessante relembrar a advertência de Philippe Pinel de que "seria um erro tomar a alienação mental para objeto de investigações, entregando-se a discussões vagas sobre a sede do entendimento e a natureza das suas diversas lesões (...) porque nada há de mais obscuro e impenetrável" (Pinel, apud Teixeira Brandão, 1956).

Outro aspecto se refere à dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica, isto é, à como a sociedade pensa e se relaciona com as pessoas com alguma espécie de diagnóstico psiquiátrico. Trata-se de uma dimensão relevante, porque reflete as representações sociais e a produção de sentidos sobre a loucura e suas variações e que, a partir daí, produz práticas de inclusão ou exclusão, estigma e discriminação, solidariedade ou rejeição e assim por diante. A ideia de periculosidade, incorporada, formal e simbolicamente, nos conceitos de alienação, doença/enfermidade, transtorno (fora de si, incapaz de perceber a realidade, irracional etc.), sobredetermina práticas sociais muito significativas que se consolidam no imaginário social.

Por esses aspectos, a ideia de reforma psiquiátrica sofreu uma transformação que se pode considerar radical a partir da experiência italiana. Franco Basaglia, o psiquiatra que liderou o movimento Psiquiatria Democrática, seguiu essas duas orientações, a da necessidade da crítica epistemológica e da transformação das relações sociais com a loucura. Para Basaglia, trata-se de uma operação epistemológica que reporta a uma inversão dialética da questão psiquiátrica, na qual a pessoa da experiência havia sido "isolada *e colocada entre parênteses pela psiquiatria para que se pudesse ocupar de definições abstratas de uma doença, da codificação das formas, da classificação dos sintomas...*" (Basaglia, 1981, p.498). Com o princípio da doença entre parênteses, passa-se à relação com pessoas e não com doenças e, dessa forma, as pessoas aparecem em uma enorme complexidade, porque suas vidas deixam de ser o mero diagnóstico, e assim demandam trabalho, casa, cultura, formação, lazer, afeto, amor, cuidado, atenção, enfim, todas as coisas e necessidades que as pessoas têm. "Há tanta vida lá fora!", diz um cartaz da luta antimanicomial inspirado na canção de Lulu Santos.

Na prática isso significa dizer que não basta fechar manicômios e abrir serviços comunitários, territoriais, mas sim construir uma gama de possibilidades que vão desde políticas públicas intersetoriais até medidas de apoio familiar, de pares e social em geral. É neste sentido que a experiência brasileira tem procurado se orientar, por um lado, fechando as instituições manicomiais (desde o início do processo de reforma psiquiátrica na virada dos anos 1970 para os anos 1980, foram fechados mais de 65 mil postos de internação asilar-manicomial), e abrindo serviços de atenção psicossocial (atualmente existem 2585 Centros de Atenção Psicossocial [CAPS] no país), cuidado na estratégia de saúde da família, residências assistidas (existem cerca de 600 residências com 2500 moradores), mas, por outro lado, promovendo ações de novas formas de sociabilidade, com oficinas de trabalho e geração de renda, projetos culturais e de participação social, embora ainda aquém do que poderia ocorrer.

A construção dessa rede ampliada de cuidado e transformação das relações sociais representa o grande desafio do processo de reforma psiquiátrica e tem enorme significado no âmbito da superação dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e da consequente efetivação da política antimanicomial na interface com o Poder Judiciário.

O modelo psiquiátrico asilar manicomial e as instituições de tratamento em regime de custódia

Na virada dos anos 1970 para os anos 1980, período considerado como início do processo de reforma psiquiátrica, existiam cerca de 80 vagas em instituições psiquiátricas. O dado, impreciso, foi fornecido pelo Professor Luiz Cerqueira, com a advertência de que seria impossível precisar exatamente quantos leitos ou pessoas internadas existiam na época, considerando a precariedade do sistema de informações e a irregularidade das instituições e do sistema de cuidado. Eram comuns, por exemplo, situações como aquelas denominadas de "leito-chão", nas quais as pessoas eram internadas sem que existissem leitos correspondentes, e a condição era aceita oficialmente (Cerqueira, 1984). Muitas dessas instituições eram "colônias de alienados", modalidade que teve início no país com o advento da república e que representava a utopia de uma sociedade apartada, na qual seriam recolhidos todos os alienados, mas não apenas eles, na medida em que sempre foi impossível uma verdadeira identificação de loucos e não loucos. Uma revelação nesse sentido está clara no discurso de Rodrigues Caldas, no lançamento da pedra fundamental da Colônia de Jacarepaguá, em 1920, quando solicita ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores, encarregado da assistência psiquiátrica, a remodelação das normas assistenciais, com a "promulgação de uma nova legislação na qual serão resolvidos delicados problemas atuais, higiene e defesa social pertinentes aos deveres do Estado para com os tarados e desvalidos de fortuna, do espírito ou do caráter, para com os mendicantes ociosos e errabundos, para com os ébrios, loucos e menores retardados, ou delinquentes ou abandonados, assim como para os indesejáveis inimigos da ordem e do bem público, alucinados pelo delírio vermelho e fanático das sanguinárias e perigosíssimas doutrinas anarquistas ou comunistas, do maximalismo ou bolchevismo" (Rodrigues Caldas, 1920).

A Colônia de Juquery é um dos exemplos mais explícitos do absurdo de tais instituições. Em *O capa-branca. De funcionário a paciente de um dos maiores hospitais psiquiátricos do Brasil*, os autores referem que essa colônia chegou a ter cerca de 30 mil internos! (Farias; Sonim, 2014). Que outra instituição psiquiátrica no mundo teria semelhante contingente de pessoas internadas? E em situação de extrema precariedade e violência. Recentemente, o documentário *Juquery: lugar fora do mundo*, dirigido por Alex Tajra, deu visibilidade aos horrores que eram praticados na instituição.

Um outro documentário, já clássico, é *Em nome da razão*, de Helvécio Ratton, com cenas reais da Colônia de Barbacena, em 1979, filmado em decorrência da visita de Franco Basaglia, que a denominou "campo de concentração nazista". Em 2007 foi feita uma descoberta importante: uma

matéria da extinta revista *O Cruzeiro*, na qual o jornalista José Franco utilizava a mesma expressão para se referir à Colônia de Barbacena, que, acreditava-se, havia sido dita pela primeira vez por Basaglia. Foi localizado o fotógrafo, Luiz Alfredo, autor das imagens que, além de nos conceder uma entrevista na sede da Fiocruz, autorizou-nos a utilizar todas as imagens no livro que viríamos a lançar naquele mesmo ano, *(Colônia): uma tragédia silenciosa* (Toledo; Brandão, 2008) (https://rl.art.br/arquivos/5478215.pdf?1449953914), fonte disparadora do livro *Holocausto brasileiro*, de Daniela Arbex. Na colônia estavam internadas 4.200 pessoas (2.600 mulheres e 1.600 homens), embora a capacidade fosse para um máximo de 2.000!

O terror ocorrido na Colônia de Barbacena também pode ser dramaticamente verificado na série de reportagens publicadas no *Estado de Minas* pelo jornalista Hiran Firmino e depois reunidos no livro *Nos porões da loucura* (Firmino, 1982).

Por fim, neste dimensionamento da gravidade da situação manicomial daquele período, é importante fazer referência a um censo realizado na Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, onde o tempo médio de internação hospitalar foi calculado em 26 anos! No ano passado, em 2022, teve alta um interno desta instituição que estava internado há 60 anos!

São dados que demonstram as caraterísticas de violação dos direitos humanos em vários aspectos nas instituições psiquiátricas, onde deveria existir cuidado, tratamento médico e defesa e promoção da vida e da saúde. Os casos de Damião Ximenes e Austregésilo Carrano apenas ilustram os aspectos de violência e crueldade do sistema, exemplos bizarros dentre muitos milhares que ainda fazem parte de nosso cotidiano.

Por essas e muitas outras razões, a reforma psiquiátrica de natureza antimanicomial investiu na superação dessas instituições e desse modelo. Como ficou claro já na fala de Rodrigues Caldas, mas também nas imagens dos documentários e outros registros sobre a assistência psiquiátrica no Brasil, as pessoas reclusas nessas instituições são pobres, negras, periféricas, despossuídas de bens e direitos, são pessoas desfiliadas, como as define Robert Castel (1998); ou são não pessoas, não sujeitos. São pessoas para as quais não foram construídas ou dirigidas políticas públicas de proteção, saúde, trabalho, educação, segurança, cultura, lazer. Elas não foram parar ali porque eram "loucas", eram "enfermas", mas sim por suas condições de vida miserável; de invisibilidade social! E lutar contra os princípios e práticas manicomiais significa lutar em defesa de políticas de defesa e promoção da vida em seus mais variados aspectos. Aqui nos deparamos com os verdadeiros obstáculos dessa luta antimanicomial, que é a da construção efetiva de direitos de pessoas vulneradas por ordem e mérito de um sistema social e econômico elitista e excludente!

Sobre a origem e a natureza das instituições de custódia e tratamento psiquiátrico e sua fundamentação científica

Por ocasião do início do processo de reforma psiquiátrica, os atores e defensores da psiquiatria tradicional, asilar, convencional, ortodoxa, arguiam que seria impossível tratar de pacientes psicóticos, isto é, graves, sem a internação hospitalar. Seriam pacientes perigosos, agitados, rebeldes etc., que não aceitariam o tratamento de bom grado. Em razão disso, a internação seria absolutamente necessária para que fosse possível impor-lhes o tratamento. A reforma psiquiátrica demonstrou exatamente o contrário: o tratamento em liberdade se mostrou muito mais eficaz. As pessoas aderem e até passam a frequentar os serviços de atenção psicossocial com prazer e satisfação. "Trancar não é cuidar", diz um dos lemas da luta antimanicomial.

O argumento conservador tem sido utilizado agora pelos mesmos atores ao combaterem a Resolução 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça, que instituiu a política antimanicomial e, dentre outras referências jurídicas e legais, considerou adequada a aplicação da Lei 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, para a desinstitucionalização dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.

Também nas instituições de custódia, os internos são muito variados e não necessariamente são autores de delitos ou de delitos graves. A mesma inconsistência epistemológica da psiquiatria em geral se aplica à psiquiatria forense, ou mesmo se agrava.

João Carlos Teixeira Brandão foi um dos mais importantes alienistas brasileiros, talvez o mais importante: foi autor das mais duras críticas ao Hospício de Pedro II, por sua condução mais religiosa que científica, foi o primeiro diretor médico dessa instituição, o primeiro diretor da Assistência Médico-Legal aos Alienados, e o autor original da primeira lei brasileira de assistência psiquiátrica (1.132, de 22 de dezembro de 1903), embora esta ficasse conhecida como Lei Juliano Moreira, por ter sido forte defensor da lei e pelo fato de ter sido aprovada no primeiro ano de sua gestão. Mas Juliano Moreira, no lançamento da Pedra Fundamental do primeiro manicômio judiciário brasileiro, em 21 de abril de 1920, reconhece em Teixeira Brandão o mérito de ser o precursor do Pavilhão de Observação, ainda no hospício, em 1893, da lei 1.132 e de uma instituição para "alienados criminosos", ou seja, do próprio manicômio judiciário.

É relevante, então, ouvir a opinião de Teixeira Brandão, de seu lugar de liderança política e científica: "*se, para diagnosticar-lhes a moléstia, o alienista, o mais consumado, precisará surpreendê-los, lutar com eles em artifícios, empregando toda a perspicácia de que é capaz, estudar-lhes os antecedentes, os hábitos e a vida moral, ficando, entretanto, muitas vezes com o juízo perplexo, como poderá o juiz leigo resolver de pronto, depois de um interrogatório, que não tem competência para dirigir, e de uma inspeção para a qual lhe falta o critério científico?*" (Teixeira Brandão, 1956, 13). Vemos

aí algum critério científico preciso, objetivo, rigoroso, mesmo que equivocado, ou assistimos a uma argumentação de fundo subjetivo e visivelmente moral?

O mesmo autor define "condenados alienados" como aqueles que "*manifestam propensão decidida para repelirem os atos criminosos aos quais devem a condenação, o que não é, aliás, para admirar, atento que, antes de reconhecido o estado mórbido, a perversidade do caráter, a ausência de senso moral e a instabilidade das funções cerebrais, constituíam-lhes o triste apanágio da esfera moral e certo presságio de futuros delitos*" (Teixeira Brandão, 1956, 109).

É possível cuidar em liberdade! É preciso cuidar em liberdade! A política antimanicomial do Poder Judiciário

Apesar do atraso de 22 anos em relação à Lei da Reforma Psiquiátrica, a Resolução 487 do CNJ vem em boa hora, na medida em que está ocorrendo um movimento de retomada e fortalecimento da política da reforma psiquiátrica, que estava sob forte e violento ataque e desfinanciamento. Em boa hora também pelo que simboliza nos termos da transformação do imaginário social, ao qual fizemos referência no início, do que está realmente em jogo, e que não se reduz a uma reforma de modelo assistencial, simplesmente, e sim a uma mudança de mentalidades, de defesa dos direitos para todos e todas!

Mas vale ressaltar que a resolução do CNJ não surgiu de repente, nem do nada, como determinados autores e atores querem dar a entender. Em primeiro lugar, porque o marco legal do direito universal à saúde (e não apenas o direito universal ao tratamento de saúde), saúde como direitos do cidadão e dever do Estado, foi aprovado no texto do SUS, na Constituição de 1988. Dentre outros marcos legais, com destaque para a Convenção Internacional das Pessoas com Deficiência, foi aprovada a Lei 10.216, após uma tramitação de cerca de 12 anos. Em 2008, a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão promoveu um seminário baseado na compreensão de que a Lei 10.216 teria alterado a Lei de Execuções Penais e o Código Penal.

Muitos outros seminários, debates e eventos ocorreram nos anos subsequentes, além de consultas a órgãos jurídicos e a entidades médicas e universitárias. Na área da assistência médico-jurídica, algumas experiências exitosas, inclusive premiadas, passaram a merecer reconhecimento público mais ampliado e se tornaram bases empíricas para a construção de novas possibilidades de cuidado diferenciadas daquelas dos HCTPs. São os casos do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PI-PJ) de Minas Gerais, iniciado em 1999, e do Programa de Atenção ao Louco Infrator (Paili) de Goiás, iniciado em 2006. Algumas outras iniciativas menores ou mais localizadas, mas não menos importantes, foram iniciadas e estão em processo em outras localidades e instituições. Em 2011, o Ministério Público Federal convocou todos os MPs estaduais e as entidades profissionais do setor de saúde para apresentar o documento intitulado *Parecer*

sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei 10.216/2001.

Enfim, há um processo já consolidado de debate e discussão do tema, que está na base oportunamente atualizada pela Resolução 487 e que não deixa dúvidas quanto ao caráter não apenas ultrapassado, mas de gestão da exclusão social e política administrada pelos hospitais psiquiátricos em geral, e mais especialmente ou radicalmente, pelos hospitais de custódia e tratamento. A prática de tais instituições demonstra que não cuidam ou tratam, não ressocializam ou recuperam. Ao contrário, têm se tornado verdadeiros campos de concentração, onde a violência institucional é ainda maior do que nos hospitais psiquiátricos não judiciários, na medida e que o estigma da periculosidade e a existência das medidas de segurança, que levam a prisões perpétuas, estendem ao limite a perda de direitos sobre todos os aspectos. São instituições que escondem os verdadeiros objetivos de violência social e do Estado nas quais, em nome da higiene pública e da ordem social, se exercem práticas destinadas a excluir segmentos sociais para os quais a sociedade e o Estado não têm políticas públicas. Nessas instituições são permanentemente violentadas as pessoas pobres, negras, vulneradas social e economicamente, que não têm nem direito a um julgamento ou a um tempo definido de pena. O documentário *Casa dos Mortos*, de Debora Diniz dá forte imagem do que são esses infernos na terra, do que é a falta de direitos das pessoas nessas instituições!

O fim desses "manicômios judiciários" já vem acontecendo em outros países. Muito recentemente a Itália foi palco de um processo dessa natureza, o que nos antecipa algumas questões porque, é evidente, não se trata de um processo sem riscos, sem limitações, sem dificuldades. Mas no Brasil as instituições têm demonstrado que são fortes e competentes. Provamos, como ficou claro no período da pandemia de covid-19, que o SUS é um sistema forte, efetivamente nacional e resistente. Há um processo consistente de reforma psiquiátrica, em que pesem suas limitações, que são muitas, mas sabemos estar na direção correta e temos também um Poder Judiciário que tem se mostrado forte e consciente!

Desafios pela frente: construindo o futuro a partir de agora

Passados os anos de ataques e retrocessos, em vários aspectos das políticas públicas e no estatuto maior da democracia e do estado de direito, quando o SUS e a reforma psiquiátrica foram duramente atacados e sofreram muitos impactos negativos, o momento é de retomada da agenda de defesa dos direitos, das liberdades e da cidadania. Nesse sentido, a Resolução 487/2023 do CNJ vem abrir perspectivas que não se reduzem à questão da assistência psiquiátrica ou em saúde, mas aos direitos humanos em geral.

E não basta acreditar ou exigir o cumprimento das medidas determinadas na resolução de superação do modelo asilar dos HCTPs. É necessário exigir que o sistema substitutivo de serviços e dispositivos de cuidado e atenção psicossocial seja efetivamente implantado, não apenas em termos quantitativos, mas qualitativos. Formar profissionais que compreendam e saibam executar técnica e conceitualmente a ruptura e a inovação implícitas no novo sistema é de importância fundamental. Apesar de algumas posições catastróficas e alarmistas, existem menos de 2 mil pessoas em cumprimento de medidas de segurança, somadas aquelas em hospitais de custódia com as em estabelecimentos penais comuns.

Da mesma forma, é preciso seguir substituindo os ainda cerca de 25 mil locais de institucionalização manicomial no país. É realmente imprescindível que esse contingente de vagas em instituições psiquiátricas seja definitivamente fechado e que as pessoas ali internadas sejam transferidas para serviços e dispositivos de atenção psicossocial em regime de liberdade, além dos demais recursos previstos nos princípios da reforma psiquiátrica (projetos sociais, associativos, culturais, educacionais, esportivos...). Em outras palavras, significa retomar e radicalizar a reforma psiquiátrica antimanicomial! (Amarante, 2021).

Outras questões diretamente relacionadas devem ser levadas em consideração, a exemplo da premência de enfrentamento das ditas "comunidades terapêuticas", instituições ainda mais retrógadas que os manicômios comuns e os manicômios judiciários, que cumprem funções sombrias, de construção de ideologias conservadoras, repressoras e de mercado obscuro de negociações políticas e mercantilistas. É necessário definir sua verdadeira natureza, dar-lhe limites e impor controle público e social até seu completo fechamento. A política sobre drogas não se restringe ao setor de Saúde, muito menos à Segurança ou à Justiça; é uma política intersetorial, que deve envolver vários âmbitos das políticas públicas, mas o tratamento do uso abusivo ou problemático de substâncias a ser exercido ou comandado pela Saúde, e não por instituições de natureza religiosa ou moral.

Cabe ainda ressaltar o preocupante e assombroso processo de patologização e medicalização da vida social, em que toda espécie de sofrimento humano passa a ser ressignificada como transtorno mental e se torna objeto de tratamento e prescrição medicamentosa. O processo de patologização tem operado uma descontextualização das questões sociais, culturais e políticas, e todas as questões dessa ordem passam a ser vistas como distúrbios, enfermidades, transtornos individuais. O debate sobre o suicídio e a depressão é exemplo claro desse deslocamento perverso, que anula todo o conhecimento histórico e consistente sobre a determinação social do processo saúde-enfermidade.

É essencial a instituição de um mecanismo efetivo de controle das prescrições de medicamentos psiquiátricos, da propaganda e do financiamento da indústria de medicamentos a associações e instituições, inclusive universidades públicas, ou a profissionais diretamente, com brindes e

recompensas e outros benefícios. É preciso caminhar no sentido de constituir um controle social, legislativo e jurídico desse processo.

Por fim, é preciso enfrentar a questão da política sobre drogas dominante no Brasil com um caráter predominantemente proibicionista e repressor, enquanto, em todo o mundo, essas orientações vêm sendo revistas e superadas. Vários autores têm demonstrado que essa política não tem outro resultado prático que não aquele de extermínio das populações vulneradas. Da mesma forma que nos manicômios gerais ou judiciários, são práticas que revelam objetivos reais da violência social e do Estado para os segmentos desprovidos de políticas públicas de proteção e reconhecimento.

E não custa repetir: Por uma sociedade sem manicômios!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, *et al*. **Loucura e transformação social**. Autobiografia da Reforma Psiquiátrica no Brasil. São Paulo: Ed. Zagodoni, 2021.

BASAGLIA, Franco. Le istituzione dela violenza. *In*: BASAGLIA, Franco (Org.) **Basaglia Scritti I**. Torino: Einaudi, 1981, p. 471-505.

A CASA DOS MORTOS. Documentário de Debora Diniz, São Paulo, 2009.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

CERQUEIRA, Luiz. **Problemas brasileiros de Saúde Mental**. Editora Atheneu: Rio de Janeiro--São Paulo, 1984.

EM NOME DA RAZÃO. Documentário de Helvécio Ratton, Belo Horizonte, 1979.

FARIAS, W.; SONIM, D. **O Capa-Branca**. De funcionário a paciente de um dos maiores hospitais psiquiátricos do Brasil. São Paulo: Editora Terceiro Nome, 2014.

FIRMINO, Hiram. **Nos Porões da Loucura**: reportagem. Rio de Janeiro: Codecri, 1982.

JUQUERY: lugar fora do mundo. Documentário dirigido por Alex Tajra, São Paulo, 2023.

MONCRIEFF, Joanna. O passado e o futuro da psiquiatria e suas drogas. *In*: 5º SEMINÁRIO

INTERNACIONAL "A EPIDEMIA DAS DROGAS PSIQUIÁTRICAS". Crise planetária, pandemia, desigualdades, neoliberalismo e patologização. Paulo Amarante e Fernando Freitas(orgs). Rio de Janeiro: Laps/Ensp – CEE/Fiocruz, 2022.

ONU. **Declaración de Caracas** (14 de noviembre 1990). Con¬ferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psi¬quiátrica en América Latina celebrada en Caracas, Venezuela. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), 1990.

PINEL, Philippe *apud*. TEIXEIRA BRANDÃO. Os Alienados no Brasil. *In* **Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria**. Rio de Janeiro, ano II, n. 2, p. 62-63 1956.

RODRIGUES CALDAS. Discurso pronunciado no lançamento da Pedra Fundamental das Novas Construções da Colônia de Alienados de Jacarepaguá, em 29 de maio de 1920, *In* **Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria**, Rio de Janeiro, ano II, n. 2, 1920.

TEIXEIRA BRANDÃO, J. C. Os Alienados no Brasil. *In*: **Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria**, ano II, n. 2, junho, Rio de Janeiro, 1956, p. 60-101 (publicado originalmente pela Imprensa Nacional em 1886).

TEIXEIRA BRANDÃO, J. C. Questões Relativas à Assistência Médico-Legal a Alienados e aos Alienados. *In*: **Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria**, ano I, nº 3, dezembro, Rio de Janeiro, 1956, p. 72-138 (publicado originalmente pela Imprensa Nacional em 1897).

TOLEDO, JF; BRANDÃO, E. Orgs. (**Colônia**): uma tragédia silenciosa. Belo Horizonte: Governo do Estado de Minas Gerais, 2008.

III

Cuidado em Saúde Mental e Socioeducativo

POR UMA LUTA ANTIMANICOMIAL QUE POSSA SER ANTIPROIBICIONISTA, ANTIRRACISTA, ANTICOLONIAL E "*ANTIRREFORMATORISTA*"[1]

Altieres Edemar Frei[2]

Um salve para todo mundo que está aqui, para todos que estão assistindo no Youtube, e um salve especial para o Igor, para o Martín e para a minha mãe também. Com a devida vênia, já que estamos no Palácio da Justiça, da cafonice de "mandar um salve" para a família[3].

É uma satisfação inenarrável poder compor aqui com esse evento. Eu fiquei semanas pensando no que dizer, fiquei semanas ensaiando um texto para poder ler aqui, e decidi fazer o tal do "*freestyle*", fazer uma fala livre. É um ensaio, portanto, no que eu agradeço a sua caridade de tentar acompanhar essas ideias esparramadas. E acho que o que cabe aqui nesses quinze minutos é isso, esparramar algumas ideias, alguns conceitos, para que possam ser ativados, para que possam ser nutridos, para que possam ser debatidos nos diferentes espaços de trocas que pudermos ter.

O que eu tenho a dizer aqui cabe em uma mão.

1 Este texto consiste na transcrição da fala proferida em 16 de junho de 2023, durante o Seminário Internacional de Saúde Mental realizado pelo Conselho Nacional de Justiça e Tribunal de Justiça do Paraná, cuja íntegra pode ser acessada pelo link: https://www.youtube.com/live/Ptvz67MQnJ0?feature=share (a partir do minuto 53). Neste texto, para uma melhor dilação dos pontos abordados, são inseridas notas de rodapé com comentários adicionais e acréscimos de indicações bibliográficas, "com a devida vênia" de não seguir à risca as normas ABNT ou APA para produção de textos — fica a cargo do leitor acompanhar a escrita corrida e depois retornar a leitura com acréscimos e paradas rumo às notas de rodapé, se achar o caso. Monte seu percurso: inclusive, em tempos da "era intertelas", fica até a sugestão de *dar o play no Youtube* e acompanhar tanto a transcrição quanto as "cornetadas" esparramadas nestas periferias do texto. As notas de rodapé, mais do que juntada de informações, fazem jus à ideia do rizoma e das escritas subterrâneas que se ramificam a partir do texto, em consonância com método de escrita acadêmica desenvolvida por mim na dissertação de Mestrado "Frestas da Vida sobre Trilhos Eléctricos: Modos e Modelos de Subjetivação no Metrô de São Paulo" (PUC-SP 2013), disponível em: https://tede2.pucsp.br/handle/handle/15326. Ali defendia a imagem de que as notas de rodapé, tal qual os túneis do metrô, desenhando alamedas ao avesso na cidade, prestam tributos ao *underground*. Com o perdão do trocadilho, não deixa de ser uma escrita-marginal.

2 Psicólogo clínico e professor do curso de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do Paraná e Assessor Técnico em Pesquisas no Conselho Regional de Psicologia do Paraná. Doutor em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da USP e Mestre em Psicologia Clínica pela PUC/SP. E-mail: altieresfrei@gmail.com.

3 Depois da iniciação com os "salves" e saudações à família, quando cheguei em casa, tomei "outro salve" de minha companheira que reclamou, não sem razão, por eu não ter lhe mandado um alô. "Mandou salve pros filhos, salve pra sua mãe (Freud explica), mas nada pra mim..." Que bom que tenho uma segunda oportunidade, ainda que pela escrita, para redimir a ausência de um "salve" para Camila Araújo. Vai o salve, com amor e, também por aqui, com a devida vênia.

Gostaria de falar de cinco chaves, cinco conceitos, cinco signos ativadores:

1. Antimanicomial.

2. Antiproibicionista.

3. Antirracista.

4. Anticolonial.

5. E, por falta de termo melhor, vamos de "***antirreformatorista***", no sentido de reformatório, de Código de Menores.

Veja que são cinco "anti", como cinco dedos na mão, portanto.

E me parece importante trazer esse prefixo *anti* porque a luta antimanicomial deriva da escola da antipsiquiatria de Franco Basaglia[4]. Durante muito tempo nas caminhadas acadêmicas que fiz, nós debatíamos sobre antipsiquiatria. Mas antipsiquiatria é o que? Bater no coleguinha psiquiatra? É negar o saber da psiquiatria? Isso seria negacionismo. Ao falar de antipsiquiatria falamos em compor com o saber da psiquiatria em uma outra lógica: uma lógica que destitui do topo da pirâmide o trono da medicina, o trono desse saber cientificista-positivista sobre a loucura. Me parece ser essa a caminhada da antipsiquiatria. É por isso que nós aqui no Brasil bebemos tanto dessa fonte ao invés das outras escolas de Reforma Psiquiátrica — tivemos o privilégio de ter o Dr. Paulo Amarante[5] aqui ontem que, como muito bem decodifica em "*Loucos pela Vida*". Eu me refiro

4 Todo mundo conhece Franco Basaglia? Há um texto breve, de Mauro Serapioni, dos Centros de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra (2018), sobre a biografia de Franco Basaglia em que, ao referir-se à sua utopia, é destacado o dito: "Amanhã de manhã, à hora da visita, quando sem qualquer vocabulário tentarem se comunicar com estes homens, possam lembrar e reconhecer que neles vocês têm apenas uma superioridade: a força." Sigo com o autor em sua categórica introdução: "Esta é a primeira frase da comunicação proferida por Franco Basaglia no primeiro Congresso Internacional sobre Psiquiatria Social, realizado em Londres, em 1964, para justificar a urgente destruição do manicômio e a conquista da liberdade dos internados. Nessa época, Basaglia já tinha acumulado três anos de experiência, de intenso estudo e trabalho, no manicômio de Gorizia, uma cidade no nordeste da Itália, na fronteira com a ex-Iugoslávia. Gorizia foi a primeira comunidade terapêutica criada dentro de um manicômio italiano com mais de seiscentos pacientes, sem o mínimo suporte legal e sem uma sociedade civil madura para esse tipo de mudança radical. A comunicação de Basaglia foi seguida com atenção e perplexidade crescentes. Os reformistas britânicos — que haviam estabelecido o National Health Service (Serviço Nacional de Saúde) em 1948, e que, com a Lei de Saúde Mental, de 1959, tinham instituído uma psiquiatria social e territorial, mudando o nome dos manicômios para hospitais psiquiátricos — não estavam dispostos a aceitar os argumentos de Basaglia de avançar para além do sistema de "portas abertas" das instituições psiquiátricas. Basaglia reconhecia os avanços da psiquiatria social britânica e da experiência francesa da "política de setor", baseadas em menos hospitais centralizados e mais assistência nas comunidades, nas quais o paciente dispunha de cuidado e relações sociais. Ele mostrou todo o seu interesse pelas experiências de Maxwell Jones (1968), Ronald Laing (Laing, Esterson, 1964) e David Cooper (1967), mas queria evitar o risco de criar uma nova forma de institucionalização do paciente mental, ou seja, um "disfarce simples da relação primitiva senhor/servo" (Basaglia, 1981a, p.257). Texto disponível em: https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xyFt7t59w8czHWXY3TSgLVC/.

5 Todo mundo conhece Paulo Amarante? Tido como um dos autores mais celebrados nos estudos sobre reforma psiquiátrica e luta antimanicomial, o médico capixaba é autor de, entre outros títulos, "Loucos Pela Vida – A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil", Editora Fiocruz, 2007.

à psicoterapia institucional, por exemplo[6].

Hoje fica mais claro entender essa ideia do *anti* trazendo uma frase da Angela Davis que diz algo assim: quando a gente constata o racismo estrutural numa sociedade racista, não basta você não ser racista. *É preciso ser antirracista*. Com essa proposição, podemos ter tranquilidade de pegar esse vetor, essa flecha que é atirada contra nós, segurar esse vetor nas mãos e virar para o outro lado. Daí a ideia do *anti*. Daí a ideia da oposição. É por isso que a gente fala "antimanicomial" no Brasil. Isso se atrela ao slogan *Por uma sociedade sem manicômios*. Não basta não tolerar o manicômio. É preciso desmontá-lo. É preciso desmontar não só os seus muros, mas essa rede de saberes e poderes que está atrelada aos manicômios.

Pude perceber isso em minha caminhada por conta de um trabalho que fiz pelo Conselho Regional de Psicologia do Paraná, intitulado *Cartografia da Raps*[7]. Eu entrei em uma série de hospitais psiquiátricos e uma coisa que me chamava muito a atenção era ver o piso encerado. Era quase que um sintoma. Era quase que um analisador.

O que eu percebia nessas andanças de campo era como se o pessoal quisesse apagar aquela história — ontem tivemos a fala da Daniela Arbex[8] aqui neste evento — do capim no chão, do cheiro de urina no chão, e recalca-se isso com um piso encerado, de uma forma impecável. Não é essa a reforma psiquiátrica que queremos. Nós não queremos os pisos encerados para os corpos dóceis não mais deitarem sobre capins, mas agora se deitarem sobre colchonetes azuis à prova de urina. Não é isso. Nós queremos outra dimensão do cuidado. Por isso trazer essa chave do anti, *anti*manicomial é importante. Esse foi o primeiro dedo da mão.

6 Comento que, embora as ideias da psicoterapia institucional e seus autores em muito inspiraram e inspiram o movimento da luta antimanicomial no Brasil, desde as visitas de Félix Guattari a estas terras, ainda nos anos 1970 e 1980 e a herança de conceitos importantes da análise institucional como é o caso das noções de território, cartografia e modos de subjetivação. Superamos em nossa antropofagia dessa escola seu caráter reducionista que, ao concentrar-se nos dispositivos (como o tal Castelo de La Borde) ante as mudanças das políticas públicas, não alcança a contundência com a qual um país marcado pelas desigualdades sociais e processos coloniais precisa encarar não só seus processos de saúde e loucura, mas também sua concepção de promoção de saúde coletiva. Oxalá lá em França o castelo pudesse ter ido além do quintal. Na Itália, talvez posta a iminente colcha de retalhos que forjou seu território, certamente posta as condições pós-fascismo e pós-Segunda Guerra Mundial, o projeto de Franco Basaglia, por outro lado, pode ir além das formulações teóricas, efetivando-se na emblemática Lei 180 a partir de Trieste. São sutilezas não menos importantes do estudo das diferentes correntes de Reforma Psiquiátrica em disputa — tal qual aquela sinalizada também entre a escola de Trieste e o movimento inglês.

7 A pesquisa intitulada "Cartografia da Raps" foi viabilizada pelo Conselho Regional de Psicologia do Paraná nos anos de 2018 e 2019, culminando na visita a mais de 65 equipamentos ligados à Rede de Atenção Psicossocial no Estado em mais de 35 dos seus 399 municípios, constatando uma série de resistências no campo da luta antimanicomial por parte de trabalhadores e usuários, mas também uma série de descaracterizações dos serviços pensados sob a lógica da atenção psicossocial que, assim, aproximavam-se mais da lógica biomédica ambulatorial, em parte por incompreensão evidente das dinâmicas clínico-institucionais comuns à saúde coletiva, em parte pelo próprio atraso histórico com que o Estado do Paraná e seus processos de colonização teve em relação à Luta Antimanicomial (onde a RAPS é chamada de Linha Guia de Cuidado em Saúde Mental, para se ter ideia das adaptações ou desvios locais em relação às portarias federais) e também em parte pelo embate de forças reacionárias que culminaram na chamada "contrarreforma psiquiátrica", vivida com maior acento da metade dos anos 2015 em diante. Para acessar aos fascículos da Cartografia da RAPS publicados em série pela Revista Contato, acesse: http://crppr.org.br/18m2022/.

8 Daniela Arbex é autora do clássico "O Holocausto Brasileiro", seu livro-reportagem sobre a história do Hospital Colônia de Barbacena-MG e os nossos "sobreviventes da psiquiatria", publicado pela Geração Editorial em 2013.

Da perspectiva antirracista hoje, felizmente (ontem foi saudado o trabalho do Emiliano Camargo David[9]) temos trazido cada vez mais Frantz Fannon para essas discussões no campo antimanicomial[10]. Cabe ressaltar que isso que a gente diz é sobre a continuação de navios negreiros: qual é a cor das pessoas que estão neste momento nas comunidades terapêuticas às quais Rogério Giannini se referia há pouco para adolescentes? Qual é a cor da pele das pessoas que estão presas por conta de acusações de tráfico de drogas, muitas vezes o tráfico de drogas de varejo? Evidentemente, em uma tradição como a nossa, essa é uma questão crucial. Está aí o Lima Barreto há cem anos para nos contar todas essas histórias.

O terceiro dedo, a terceira pincelada dentro dessa chave, portanto, aponta para o signo "antiproibicionista". Se vamos fazer uma luta antimanicomial que seja antirracista, portanto, se vamos pegar esses vetores que nos flecham e virar isso para outro lado, se vamos fazer essa operação de desconstrução, colegas, não temos como tolerar o proibicionismo[11]. Demoramos muito tempo para chegar a essa constatação, inclusive no campo da luta antimanicomial. Trago um sintoma em relação a isso, que é o "delay", o atraso da construção do CAPS AD em relação ao CAPS. Veja, as primeiras experiências de CAPS no Brasil são do final dos anos 1980: a experiência do NAPS em Santos, CAPS Luís da Rocha Cerqueira em São Paulo etc. Já os primeiros CAPS AD só aparecem a

9 Emiliano de Camargo David defendeu recentemente tese de doutorado no Departamento de Psicologia Social da PUC-SP (2022) sob o título: "Saúde mental e racismo: saberes e saber-fazer desnorteado na/para a Reforma Psiquiátrica brasileira antimanicolonial". Disponível em: https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/30911/1/Emiliano%20de%20Camargo%20David.pdf.

10 Em 1951 o médico martiniciano Frantz Fannon escreveu seu trabalho de conclusão na área da psiquiatria intitulado "Ensaio sobre a desalienação do negro", onde recusa qualquer naturalização das doenças mentais e rejeita com veemência aquelas que a etnopsiquiatria colonial, essencialmente biologizante e racista, havia encarnado nas estruturas dos hospitais. Em 1953 Fannon se muda para a Argélia e lá assume a direção de um hospital psiquiátrico em Blida, tecendo considerações sobre as divisões raciais das alas psiquiátricas do hospital que refletiam as representações dominantes dos franceses em relação aos argelinos na sociedade, úteis à manutenção dos assim chamados "poderes coloniais". Antes de sua prematura morte, em 1961, aos 36 anos, Fannon teve tempo de acusar esse regime de subjetivação colonial, signo hoje tão ventilado e, felizmente, estudado em diversos circuitos acadêmicos e movimentos sociais. Em sua obra clássica "Pele Negra Máscaras Brancas", (por aqui traduzido em 2008 por Renato Silveira em publicação pela EDUFBA), Fannon parte do que chama de um estudo clínico para discorrer sobre o sentido da identidade negra e, com base nos silenciamentos do racismo e da perspectiva colonial, deixa no ar a questão sobre o que fale postular uma espécie de "realidade humana típica e descrever suas modalidades psíquicas", no que se nota firme acento anti-estruturalista de sua obra. A este respeito, vide também Deivisson Mendes Faustino, autor de "Frantz Fannon, um revolucionário particularmente negro" (São Paulo, Ciclo Contínuo Editorial, 2018).

11 Comento melhor a ideia de que, por diversas questões históricas, culturais, zeitgeists, priorização das agendas, mas também de questões que não deixam de ser analisadoras dos impactos subjetivos da chamada Guerra às Drogas, o tema do uso abusivo de substâncias ou mesmo os estudos sobre a interação entre corpo e substância eram raros e, muitas vezes, atravessados pelos estigmas morais proibicionistas. Com esse "pano de fundo", o debate sobre a clínica e as estratégias de manejo no que se convencionaria chamar "campo AD" vem com um atraso importante.

partir dos anos 2000. Há um "delay" de mais de dez anos[12].

Esse é o sintoma de uma luta antimanicomial que não pôde, por diversas condições, incluindo o moralismo ou, arrisco dizer, não ousou tratar da questão do proibicionismo com a seriedade de que precisávamos. Não adianta a gente bradar "por uma sociedade sem manicômios" e tolerar que as pessoas sejam presas por pequenas quantidades de drogas.

Fazer esse debate sobre antiproibicionismo não inclui só pensarmos na questão da descriminalização. Parece-me importante olharmos para uma outra chave — e aí, se tivéssemos mais tempo, teríamos oportunidade de trazer isso à luz de outros pensadores —, que é a chave do "dis-

12 Defendi, em tese de doutoramento comentada mais adiante, que os CAPS AD foram uma espécie de "puxadinho" de uma política pública que não pôde ou não ousou ser contundente tanto quanto os tempos históricos lhe exigiram. Assim, o recurso adotado para desenvolvimento de estratégias de manejo e cuidado em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas dentro das possibilidades da agenda da reforma psiquiátrica e luta antimanicomial em implantação no Brasil foi a transposição, decoupagem ou "ctrl c + ctrl v" de um modelo inicialmente pensado para a reabilitação psicossocial de casos como psicoses, tais quais as esquizofrenias, depressões e outras sintomatologias. Ainda que a guia antimanicomial, focada no cuidado em liberdade e na perspectiva das alternativas da internação, pudesse apontar uma direção comum, não só as clínicas, como as estratégias de reabilitação psicossocial são muito distintas. Em que pese o "puxadinho" e o "delay", cumpre ressaltar a inventividade das equipes de atenção psicossocial no campo AD que, especialmente a partir da década de 2010, com a incorporação das estratégias de redução de danos e a formulação da RAPS, vêm cunhando notório saber no campo do manejo, faltando, pari passu, o tão reivindicado "*combinar com os russos*", para fazer valer a antiga expressão xenófoba praticada no linguajar coloquial, qual seja: incremento de políticas públicas nas áreas de habitação e distribuição de renda, bem como a revisão da orientação da política de guerra às drogas vigente, além do avanço na implantação dos demais equipamentos previstos na RAPS, como o caso das Unidades de Acolhimento Transitório e, especialmente, como o caso do fortalecimento das ações de saúde mental na Atenção Básica à Saúde. Entre as críticas à forma como os CAPS AD foram implementados, as questões relacionadas ao horário de funcionamento e à articulação com redes de apoio e equipamentos complementares são as que mais se destacam, além das relacionadas ao manejo de uma clínica que muitas vezes partiu do paradigma biomédico absenteísta. Parte dessa crítica pôde ser superada com o arranjo da Rede de Atenção Psicossocial em 2011 e a previsão da transformação de parte dos CAPS AD tipo II e tipo III (funcionamento 24 horas, 7 dias por semana) e seus acoplamentos às Unidades de Acolhimento Transitório, até para criar alternativas pragmáticas ao modelo das autointituladas Comunidades Terapêuticas. Parte dessa crítica, infelizmente, ainda não pôde ser superada, seja pelo baixo número de UATs integradas aos CAPS AD III, seja pela permanência e recauchutagem do modelo biomédico centrado na abstinência. Se hoje, em condições normais de implantação das políticas públicas vigentes, parecemos não ter questões de ordem técnica e de manejo a serem superadas, por outro lado, temos no equipamento CAPS AD, de mero puxadinho, a sua elevação de "status" enquanto laboratório, joia da coroa ou trincheira importante da luta antimanicomial. A defesa intransigente, em que pesem críticas e delay apontados, é pela manutenção desses espaços no nível da atenção secundária, ante a bisonha tentativa de "hibridização" ou junção dos CAPS e CAPS AD, tal qual será também destacado adiante, e tal qual, infelizmente, encontra-se implantada em Curitiba-PR e alastrando-se por municípios da região metropolitana de Curitiba, caso de Pinhais-PR, numa notável forja de um modelo "a ser exportado", se não lhes for dada devida atenção aos preceitos federativos da organização dos serviços de saúde no âmbito do SUS. Os movimentos e associações em defesa da luta antimanicomial parecem não ter se atualizado quanto a esse "projeto piloto" que pode culminar na completa descaracterização do modelo dos CAPS. A esse respeito, vide com mais detalhe "Fascículo da Cartografia da RAPS" intitulado "Um Caps Híbrido no Buraco do Tatu", publicado na Revista Contato CRP PR n. 129 e disponível pelo link https://crppr.org.br/revista-contato/revistas-contato-129/.

positivo das drogas"[13] na sociedade contemporânea. Pensando nessa ideia do "dispositivo das drogas", eu caminho tanto com quem me orientou no doutoramento, professor Rubens Adorno, quanto com uma série de pesquisadores. Cito: Taniele Rui[14], Eduardo Vargas[15], Daniel Lomonaco[16] e tantos outros que pensam "o que se disputa sobre o signo das drogas".

Por esse signo a gente consegue ter um carimbo, a gente consegue ter um clichê dos corpos que são marcados para morrer, no caso do extermínio, das chacinas[17]. Por esse signo das drogas, se nós não olharmos essa questão do dispositivo das drogas com a seriedade que ele merece, nós acabamos naturalizando a criação de uma sub-raça, uma sub-raça chamada "dependentes químicos". E olha como esse signo biomédico está cada vez mais em voga: *fulano fez isso porque é dependente químico.* Como assim dependente químico?

Isso não se trata, evidentemente, de um negacionismo da tolerância, das síndromes de abstinência e de alguns circuitos viciosos, como se diz, que os organismos podem ter em relação às substâncias. Mas se trata de colocarmos que dependência química, até mesmo olhando do ponto de vista da química orgânica[18] — e gosto de dizer isso nas oportunidades de fala que eu tenho — é

13 Rubens Adorno, em seu texto "Sobre Drogas, Ruas e Autonomia: entre razões repressivas e razões sanitárias" (capítulo da coletânea "Drogas & Sociedade Contemporânea: Perspectivas para além do proibicionismo – Instituto da Saúde, 2017, São Paulo), assim comenta: "O tema das drogas é sensível a uma releitura de um conceito central da obra de Michel Foucault: os dispositivos e a produção de "verdades". Pois a proliferação cada vez mais intensa dos discursos de "verdade" sobre a vida, baseados em pressupostos que articulam noções biológicas com interpretações da sociedade e das populações, constituem atualmente o campo das drogas, restritivamente dado aos psicoativos ilícitos. A esse dispositivo se agrega outra noção também de inspiração foucaultiana, que é o "biopoder", hoje melhor traduzido pelo termo "biopolítica" que, à luz de campos de conhecimento contemporâneos como o estudo do genoma, associado, a partir desse conjunto, às noções de risco a segmentos específicos das populações e também sob a forma de diagnósticos, passam a se incorporar às subjetividades, tornando os sujeitos dependentes das ações biomédicas e, inclusive, em um sentido mais amplo, à proliferação de discursos médicos sobre os riscos, sobre a vida e a longevidade. Assim, comportamentos, hábitos e desejos passam a ser geridos por normas alimentares, medicamentos para comportamentos considerados eufóricos ou depressivos, também procurando controlar emoções e desejos".

14 Taniele Rui é autora, entre tantos outros trabalhos de relevância, de pioneira etnografia na região conhecida como cracolândia, em São Paulo-SP, publicada pela Editora Terceiro Nome (2014) com o título "Nas Tramas do Crack — Etnografia da Abjeção".

15 Eduardo Viana Vargas que, tal qual Taniele Rui, vem da antropologia, deixa importante contribuição ao estudo do dispositivo das drogas, com especial destaque às suas considerações em "Uso de Drogas — A Alter-ação como evento", publicadas na revista de Antropologia da USP em 2006 e cuja versão integral pode ser acessada pelo link https://www.scielo.br/j/ra/a/7dqNhphSrvyCnX3KZw7xvKF/?lang=pt.

16 Daniel Fernando Fischer Lomonaco também desenvolveu estudos sobre o dispositivo das drogas em sua dissertação de Mestrado intitulada "De usuários para usuários: uma (auto)etnografia", defendida junto ao Programa de Saúde Coletiva da UFSC em 2018, disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/205742/PGSC0227-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y.

17 À época da revisão deste texto, vivemos a emblemática Chacina do Guarujá-SP quando, em operação intitula Escudo, de retaliação à morte de um policial da Rota-SP assassinado, de forma ainda mais covarde, impetrou-se ação contra o Primeiro Comando da Capital e excursão/execução por policiais encapuzados em morros das cidades da baixada Santista culminando em dezenas de mortos e um ensurdecedor sumiço das câmaras portadas nas fardas policiais, numa reedição do mote malufista "bandido bom é bandido morto", como evidenciam inúmeras reportagens a exemplo de "Fundamentais para apurar chacina, imagens de câmeras de PMs viram mistério", por Fabíola Perez e Stella Borges Do UOL, em São Paulo em 05/08/2023. https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2023/08/05/cameras-corporais-policiais-operacao-escudo-guaruja-sao-paulo.htm" A alusão ao signo "bandido" aqui faz nítida referência aos estigmas que a guerra às drogas sustenta para seus projetos necropolíticos.

18 O comentário aqui dilatado é que, considerando o viés da química orgânica e a óbvia constatação de que carecemos da regulagem do mecanismo de sódio e potássio no organismo, tal qual nos nutrimos com moléculas de glicose e, em última análise, respiramos oxigênio, somos todos dependentes químicos, *o pá*.

um bonito edifício de vidro construído sobre um solo arenoso que não o sustenta. Estão aí trabalhos como o "*rat park*" de Bruce Alexander[19], ou trabalhos do professor Henrique Carneiro, *A Fabricação do Vício*, para nos atestar essa chave e esse cuidado que precisamos ter em torno do signo "dependência química"[20].

Uso os meus últimos cinco minutos para falar, portanto, dessa perspectiva anticolonial que nós felizmente temos trazido entendendo nessa chave do anticolonial não o desprezo ao saber que vem de fora, mas "como fazer a antropofagia desse saber": como temperar esse saber, como se diz aqui, *com o nosso axé*, com a nossa vibração, com os nossos *caldos de imanência*.

Então chego nesta última chave que eu queria apresentar. Por falta de termo melhor: "*antirreformatorista*". Veja quanta herança do Código de Menores (1926) nós ainda temos. Assim como temos herança dos manicômios, assim como a prática manicomial pode sobreviver mesmo sem o manicômio — estão aí os ambulatórios em saúde mental para dizer isso, estão aí gambiarras feitas em relação aos CAPS como a que o município de Curitiba tem feito ao juntar CAPS AD com CAPS; estão aí as Unidades de Estabilização Psiquiátrica, espécies de alfândegas de internação, para nos contar sobre as gambiarras. Isso atesta a permanência do modelo manicomial mesmo em instituições que deveriam estar regidas pela lógica da atenção psicossocial.

Portanto, quanto trabalho de socioeducação nós temos que ainda é regido por essa lógica "menorista", a lógica do reformatório, a lógica do "está aqui o adolescente, vou colocar numa comunidade terapêutica ou em um dos muitos hospitais psiquiátricos que atendem adolescentes, faz

19 Bruce Alexander proferiu conferência emérita em evento recentemente organizado pela Fiocruz — Fundação Oswaldo Cruz (2017) — que teve como um dos seus organizadores a Plataforma Brasileira de Política sobre Drogas (PBPD). Para mais informações sobre o evento, assim como para síntese sobre a importância do Rat Park na desconstrução dos modelos tradicionais que explicavam o mecanismo de vício-recompensa-adicção, fica a recomendação de acesso ao link do portal de notícias da Fiocruz: https://programadrogas.fiocruz.br/noticias/165.

20 Em "A Fabricação do Vício", um dos tantos trabalhos de relevância na obra de Henrique Carneiro para compreendermos a História do Proibicionismo no Brasil, ao discorrer sobre a história dos conceitos médicos, neste artigo escrito ainda no começo dos anos 2000, o professor do Departamento de História da FFLCH-USP comenta o quanto a história dos conceitos médicos é essencialmente política e o conceito de "dependência" é controverso, uma vez que herda estigmas da chamada "demonização do drogado" e erguem um significado para o conceito da droga e para o personagem do "adicto" em sintonia com o que fora feito na perspectiva psiquiátrica (lombrosiana, acrescentaria) com a construção de personagens como "alienado", "onanista", "ninfomaníaca" etc. É, portanto, uma construção do século XIX a chamada "doença do vício" que parte dos estudos sobre embriaguez de Thomas Trotter (1804), Benjamin Rush (1791), Bruhl-Cramer (1819) e da construção da toxicomania enquanto entidade autônoma, cujos marcos podem ser os trabalhos de Moreau de Tours sobre o haxixe (1845), os de Esquirol (1838) em relação à monomania e os de Levinstein (1878) e Kerr (1884) sobre morfina e sobre o vício de drogas como "produto natural de uma organização nervosa depravada, debilitada ou viciosa, indiscutivelmente doença". Acompanha essa construção o marco do isolamento de drogas puras, caso da morfina (1805), codeína (1832), atropina (1833), cafeína (1860), heroína (1874) e mescalina (1888), assim como acopla-se aí a análise de um período que coincide com a crescente intervenção do Estado com a disciplinarização dos corpos, a medicalização das populações, a higiene social e a profilaxia moral aliadas às chamadas "campanhas de aniquilação dos vícios", que partem dos movimentos de temperança. Em uma síntese a respeito do chamado "nascimento do biopoder" ou "biopolítica", Henrique Carneiro crava: "a novidade no século XIX não são os conceitos de vícios, dependência ou embriaguez, já existentes, mas a conjunção de forças políticas, culturais e sociais que deu hegemonia a esses conceitos" (Carneiro, 2002, disponível em: https://www.neip.info/downloads/t_hen1.pdf). Enquanto isso, mundo afora, a expansão dos hábitos de consumo de tabaco, opiáceos, café, chá, chocolate, mate, coca, cola, seduziram as populações mundiais, ao passo que a indústria química-farmacêutica, em especial a alemã, isolava e produzia princípios ativismo de plantas. "Nascia o grande século das drogas, o século XX" (Carneiro, 2002).

o favor de reformar esse adolescente e devolvê-lo com 32 dentes (se possível os 28, já arranca os 4 do siso), cabelo penteado e um discurso pronto".

Eu trabalhei em um equipamento voltado ao atendimento de adolescentes e era impressionante a uniformização dos discursos. Adolescentes que passaram por comunidades terapêuticas, por exemplo, chegavam com aquele discurso de "*eu estou aqui, quero agora conquistar uma família, conquistar um trabalho, não dar tristeza para minha mãe*". Veja como essa lógica do reformatório se faz presente. Trabalhar numa perspectiva anticolonial, portanto, passa por desmontar essa lógica (*antirreformatorista*) cotidianamente em nossos serviços[21].

Fecho esta breve intervenção comentando que apresentei uma tese de doutoramento na Faculdade de Saúde Pública da USP em 2019 com o seguinte título: *Reinserções, inserções, deserções: cartografia do dispositivo reinserção social para adolescentes com histórico do uso abusivo de álcool e outras drogas.* A partir dessa pesquisa, junto a uma série de outros trabalhadores com quem tive o privilégio de poder compor, chegamos ao seguinte entendimento: essa demanda do reformatório atende sob o signo *reinserção social*. Muitas vezes a gente faz reinserção social do mesmo jeito que se fazia o reformatório do Código de Menores.

É preciso ter um olhar crítico para isso. Não se trata de devolver o adolescente ao lugar em que ele estava quando o vendaval da droga o tirou de lá. Muitas vezes se trata de inventar inserções. Esse é o nosso trabalho. Vejam a contribuição do colega Léo Pinho ontem, quando falava de corpo e território. Quando a gente fala "inventar inserções", talvez estejamos aproximando o conceito de corpo do conceito de território. O corpo é o território em disputa no momento. Então, inventar inserções passa, também, por inventar corpos: inventar formas de subjetivação, inventar outros gradientes da existência.

Por fim, a chave das deserções: qual foi o "trampo" de Sancho Pança senão tolerar a deserção de *Dom Quixote de La Mancha* em Miguel de Cervantes? Como o nosso trabalho pode ser "mais humilde", um passo atrás? Não em reinserir, não em inventar inserções, mas em ter plasticidade

21 O trabalho em questão, com uma nada pequena ajuda dos amigos, rendeu a construção da tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo em 2019, sob a orientação de Rubens Adorno, intitulada "Reinserções, Inserções e Deserções: Cartografia do Dispositivo Reinserção Social para Adolescentes com Histórico do uso abusivo de álcool e outras drogas", disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-01032019-142050/pt-br.php. Naquela oportunidade profissional, a encomenda da empresa-religião contratante era para a criação de uma espécie de "creche para manutenção da abstinência de jovens egressos de internações". Conseguimos posicionar o projeto de outra forma, com argumentos óbvios de que esse tipo de serviço ratificaria aquele modelo retrógrado de exclusão, posicionando assim as ações do equipamento voltadas à "reinserção social" regidos sob a redução de danos que, mais do que estratégia de manejo, se prestava à ética do cuidado. Na tese, em linhas gerais, discuto o quanto o signo "reinserção social" ou suas derivações como reabilitação psicossocial vêm intoxicados do ranço reformista presente no Código de Menores e a ideia quase naturalizada de "retífica de sujeitos": sob esse viés individualista das questões que atravessam infâncias e juventudes, ainda mais considerando-se os territórios em disputa no modelo vigente de guerra às drogas — considerando o corpo enquanto um destes territórios — sobra pouco espaço para a compreensão das dinâmicas históricas e sociais que moldam processos de subjetivação, não por acaso, argumento. Coube aos trabalhadores envolvidos com a temática a crítica e a desmontagem desse ranço para alçar operações de invenção de inserção e quiçá desenvolver estratégias de manejo para tolerar e sustentar as diversas deserções em vida, comuns às diferentes etapas do desenvolvimento e das formas de fazer a vida andar.

para tolerar deserções. *Deserção* é um termo cabuloso. *Deserção* aponta para desertos: atravessar desertos. Há muitas histórias de mitos, heróis que atravessaram desertos, alguns em quarenta dias, até encontrarem o que precisavam. Talvez a adolescência seja um convite também a atravessar desertos —, e podemos fazer isso lado a lado, tal qual Sancho Pança, com a honestidade histórica de olhar que muitos temores nascem do cansaço e da solidão.

Muito do que a gente trabalha, infelizmente, ainda é decorrente de uma política sobre drogas perversa, que marca corpos para morrer, que marca vidas para serem ceifadas, que sustenta organizações paramilitares como o Primeiro Comando da Capital, com toda uma "maçonaria" e uma capilaridade de *inserção* para a qual precisamos olhar com envergadura moral e ética e com a responsabilidade histórica que esses tempos exigem.

Esta é minha contribuição ao debate. Muito obrigado à Kelly, que fez a indicação para eu estar aqui, muito obrigado a todos que puderam ouvir essas considerações.

CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL E SISTEMA SOCIOEDUCATIVO[1]

Iolete Ribeiro da Silva[2]

As medidas socioeducativas estão definidas no art. 112 do ECA, que prevê a aplicação de seis diferentes medidas socioeducativas: advertência; obrigação de reparar o dano; prestação de serviços à comunidade (PSC); liberdade assistida (LA); inserção em regime de semiliberdade; internação em estabelecimento educacional (Brasil, 1990, capítulo IV, seção I, art. 112). As primeiras são chamadas de medidas socioeducativas em meio aberto, não privativas de liberdade; e a semiliberdade e a internação são medidas socioeducativas de restrição e de privação de liberdade, respectivamente. O Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase) foi fruto de uma construção coletiva, aprovado em 2006, no Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), e sancionado em 2012, na Lei no 12.594/2012 (Brasil, 2012; Conanda, 2006). Dentre os objetivos da medida socioeducativa, a responsabilização do(a) adolescente quanto às consequências lesivas do ato infracional se colocam em conjunto com a integração social e a garantia dos direitos individuais e sociais do(a) adolescente através do cumprimento do Plano Individual de Atendimento (PIA).

Passados mais de dez anos de sua aprovação, o Sinase ainda enfrenta inúmeros desafios para a sua implementação, em especial em relação aos cuidados com a saúde. A saúde mental tem sido campo de intensos debates desde a tramitação do projeto de lei que deu origem ao Sistema. A articulação entre a oferta das medidas socioeducativas e os cuidados em saúde mental não tem recebido investimento suficiente em nível nacional. Mas, para discutirmos os cuidados em saúde mental no Sinase, vamos pensar sobre o que é saúde mental e sua importância na execução das medidas socioeducativas.

Quando utilizamos a expressão ou o conceito "saúde mental", referimo-nos especialmente à capacidade de tomar decisões em relação à própria vida e podemos afirmar que essa capacidade

1 Texto adaptado da palestra proferida no Seminário Internacional de Saúde Mental: Possibilidades para a efetivação da Política Antimanicomial na interface com o Poder Judiciário, nos dias 15 e 16 de junho de 2023, em Curitiba-PR, organizado pelo Conselho Nacional de Justiça.

2 Professora Titular da Universidade Federal do Amazonas. Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Bolsista de Produtividade CNPq 2. Relatora Nacional de Direitos Humanos da Plataforma DHESCA. E-mail: ioleteribeiro@ufam.edu.br. Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/6024598140248335.

se relaciona diretamente ao exercício da autonomia. Assim, quando pensamos nos serviços destinados aos adolescentes, é preciso analisar em que medida as atividades oferecidas ou realizadas por esse serviço possibilitam a promoção de autonomia. Na aplicação das medidas socioeducativas de privação de liberdade, essa é uma tarefa complexa, porém necessária. Saúde mental envolve a capacidade de se organizar internamente e organizar o que está a nossa volta, as relações sociais, as rotinas, os seus projetos. Portanto, a saúde mental é afetada por tudo que diz respeito às condições de vida das e dos adolescentes, envolve acesso à educação de qualidade, acesso a escolhas de caminho de vida, à possibilidade de participação política, convivência familiar e comunitária, dentre outros direitos fundamentais.

Uma sociedade desigual não promove saúde mental. Uma sociedade injusta com os mais pobres produz opressões, sofrimento psíquico (Conselho Regional de Psicologia, 2010). Uma sociedade que discrimina as pessoas em função de gênero, etnia, comunidade de pertencimento, filiação religiosa não é uma sociedade que promove saúde mental. Uma sociedade que violenta mulheres, crianças, idosos não produz saúde mental. Ao pensarmos o Sistema Socioeducativo, é importante nos questionarmos sobre quais mudanças pretendemos operar com as medidas socioeducativas. Os impactos são produzidos desde a estrutura física das Unidades Socioeducativas, as condições de funcionamento, as atividades desenvolvidas, dentre outros elementos que configuram a forma como as medidas socioeducativas são operacionalizadas.

Diversas inspeções de Unidades Socioeducativas ou de comunidades terapêuticas realizadas pelo Conselho Federal de Psicologia, Procuradoria Federal do Direitos do Cidadão/MPF, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) têm denunciado violências, torturas e maus-tratos contra as e os adolescentes, desde 2006. Dados do MNPCT apontam que essas violências são mais intensas quando se trata de adolescentes negras e/ou LGBTQNAP+. Além das violências físicas, o racismo e a hipermedicalização são bastante frequentes.

Desde a aprovação do Sinase, foi produzida uma série de recomendações e diretrizes extremamente importantes, mas ainda assim há Unidades Socioeducativas de internação que funcionam com estruturas arquitetônicas diferentes do que determina a legislação. Outras tantas unidades de internação com instalações físicas mais apropriadas têm modo de funcionamento "prisional" isolando ou dificultando o contato da/do adolescente com sua família ou sua vinculação com a comunidade, confrontando diretamente toda a proposta de atenção à saúde mental hoje definida e promulgada nas políticas públicas vigentes no nosso país e na legislação que trata dos serviços de atenção à saúde mental.

A efetivação de uma atenção à saúde mental ou de um cuidado da saúde mental, no âmbito do Sistema Socioeducativo, deve considerar que a privação de liberdade é a medida mais dura e deveria ter caráter de excepcionalidade por todos os possíveis impactos na trajetória de vida das/dos adolescentes. Mas também as demais medidas socioeducativas devem ser objeto de reflexão

quando pensamos sobre os cuidados em saúde mental como parte das exigências de promoção de desenvolvimento integral. Nesse sentido, um tema que atravessa a execução de todos os tipos de medidas socioeducativas é o racismo.

O racismo se destaca em qualquer análise das medidas socioeducativas, uma vez que a maior parte das e dos adolescentes que ingressam no Sinase são negras e negros. Além disso, o racismo produz sofrimento, sustenta as contingências de construção do ato infracional e a fragilização das políticas de Estado que deveriam ser garantidoras de direitos. Quando olhamos os números, eles expressam bem como o racismo vem operando na sociedade no sentido de marginalização e subalternização de adolescentes negras e negros.

Outro marcador pertinente é o gênero. Durante o ano de 2020, estive presidenta do Conanda e, naquele momento, realizamos uma discussão muito extensa sobre a proteção das adolescentes cumprindo medidas de internação no Sistema Socioeducativo. Aprovamos uma resolução que, naquele momento, o governo se recusou a publicar, mas que, dois anos depois, foi publicada Conanda 2022. Essa resolução é de extrema importância por chamar a atenção para questões como a pobreza menstrual no âmbito do Sistema Socioeducativo. Uma questão que deveria ser garantida a todas as mulheres — ter direito a um absorvente—, no Sistema Socioeducativo, é um desafio. As inspeções do MNPCT denunciam que muitas vezes as adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação são expostas à violência sexual para terem direito a um absorvente durante o período menstrual.

O direito ao banho, que também deveria ser garantido a todas e todos, não o é. Diversas outras violações de direitos dessa natureza estão diretamente vinculadas à produção de sofrimento psíquico. Quando uma pessoa não tem as garantias necessárias para uma vida digna, seu cotidiano será marcado por inseguranças. Uma outra violação de direitos bastante recorrente é a hipermedicalização, em especial das adolescentes. Elas são geralmente vistas como aquelas que reclamam e por isso sofrem uma espécie de contenção química para pararem de o fazer. São ansiolíticos e outros psicotrópicos prescritos de maneira abusiva como disciplinamento.

Pensar o cuidado de saúde mental não se restringe, portanto, às ações de atendimento de saúde ou ao atendimento clínico, envolve pensar em como a instituição funciona, como as medidas são aplicadas. É preciso adotar uma visão sistêmica, que considere todos os tipos de medidas socioeducativas, de forma que elas sejam aplicadas de maneira articulada entre si e com as políticas públicas.

Falar de saúde mental é ampliar o olhar sobre a importância do Sistema Socioeducativo e da socioeducação. Essas reflexões ainda não foram assimiladas pela sociedade brasileira. Muitas pessoas não entendem o que é socioeducação e qual a sua identidade, qual é a sua natureza. Diversas pesquisas identificam que a representação social do Estatuto da Criança e do Adolescente e da medida socioeducativa apresenta grandes equívocos de interpretação. Entretanto, a população, em geral, ainda não teve acesso a informações qualificadas que possibilitem uma compreensão aprofundada sobre o que é a socioeducação.

É premente popularizar o que é a medida socioeducativa, e esta é uma maneira de apoio importante para o Sistema Socioeducativo e para a implementação de políticas que expressem cuidado e acolhimento das e dos adolescentes. A adolescente e o adolescente dentro de uma Unidade Socioeducativa de internação sabem muito bem qual é o lugar que a sociedade lhes reserva. Se a sociedade a/o enxerga como uma/um inimiga/o como aquela/e que precisa ser castigada/o, que precisa ser exterminada/o, isso não faz bem para a sua saúde mental. Sentir-se acolhido, acreditar que tem uma possiblidade de construir um projeto de vida é muito importante. A sensação de pertencimento, de acolhimento, de ter com quem contar em caso de necessidade contribui para a promoção de saúde mental.

Sem apresentar uma lista exaustiva de fatores que afetam a saúde mental da e do adolescente que está no Sinase ou mesmo como deve ser realizada a oferta de atendimento de saúde mental, defendemos que a representação social dos adolescentes e da adolescência são fatores preponderantes para o cuidado em rede. É a partir desses sentidos de adolescente e de adolescência que nos posicionamos pessoal e institucionalmente frente ao que consideramos violência ou não. Atribuir o status de sujeito de direitos é o primeiro passo para considerar que devemos oferecer o melhor, que há urgência na oferta de cuidado, uma vez que a adolescência passa rápido e que a proteção é responsabilidade do Estado, da sociedade, da família, das profissionais e dos profissionais, das gestoras e dos gestores. Discutir saúde mental na lógica antimanicomial é discutir cuidado em rede e promover o poder de agência das e dos adolescentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 16 nov. 2021.

BRASIL, **Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012**. Institui o Sistema Nacional de atendimento socioeducativo (Sinase). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm. Acesso em: 16 nov. 2021.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (CONANDA). **Resolução Conanda nº 119, de 11 de dezembro de 2006**. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo e dá outras providências. Disponível em https://www.gov.br/participamaisbrasil/https-wwwgovbr-participamaisbrasil-blob-baixar-7359. Acesso em: 16 dez. 2023.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (CONANDA). **Resolução nº 233, de 30 de dezembro de 2022**. Estabelece diretrizes e parâmetros de atendimento socioeducativo às adolescentes privadas de liberdade no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase). Disponível em https://www.gov.br/participamaisbrasil/https-www-govbr-participamaisbrasil-blob-baixar-7359. Acesso em: 16 nov. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (CRP). O bem querer é o melhor remédio. SÉRIE COMUNICAÇÃO POPULAR CRP SP III. **A psicologia e sua interface com o atendimento integral à saúde mental**. São Paulo: CRP, 2010.

EM NOME DO CUIDADO

Rogério Giannini[1]

A literatura e o cinema tratam da questão manicomial há muitas décadas. No Brasil, Machado de Assis tratou o tema de forma exuberante em sua obra *O Alienista*, publicada há 141 anos. Sempre me perguntei como alguém poderia lê-la sem suscitar em seus pensamentos uma dúvida razoável sobre os conceitos de loucura e sanidade e, principalmente, sobre o poder de, ao distinguir uma coisa e outra, trancar os então declarados loucos em um manicômio.

O cinema, por sua vez, retratou o tema em diversas obras e aqui convido aos que me escutam a puxar pela memória... eu, particularmente me recordo de *Laranja Mecânica, Um Estranho No Ninho, Bicho de Sete Cabeças e A Ilha do Medo*, filme que tem um desfecho entre os mais trágicos da história do cinema, no qual o personagem principal faz a "pseudo-escolha": O que é melhor: viver como um monstro ou morrer como um homem bom?

Para mim, é uma "pseudo-escolha" pelo fato de, não mais podendo se proteger pelos sintomas, resta-lhe o peso avassalador da culpa, ou, pela lobotomia, receber uma pena de morte em vida, que implicaria o esquecimento de sua história e a alienação de si mesmo. O fato é que a personagem é disputada (é capturada) por dois paradigmas da ciência psiquiátrica e nunca teve, de fato, nenhuma chance.

Essa obra, como as demais citadas, teria o mérito de, no mínimo, demonstrar o quanto a questão é complexa, profunda e nuançada, características que deveriam tirar o tema loucura da aceitação tranquila e esquemática que tem sustentado a psiquiatria tradicional e seu poder hegemônico. Mas, se a ficção não é suficiente para abalar paradigmas, vamos aos fatos.

Passo a me referir ao relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, publicado em 2018, sistematizando a inspeção feita pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e pela Promotoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC-MPF).

Em síntese, as inspeções levantaram informações sobre as CTs (comunidades terapêuticas) a partir de quatro instrumentos de coleta de dados:

1 Psicólogo, atuando em projetos de qualificação profissional, educação em saúde e educação popular. Atualmente é presidente do Sindicato dos Psicólogos de São Paulo e Secretário-Geral da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme). E-mail: 23rg.rg@gmail.com.

1. Entrevistas com as pessoas internas (na prática, em privação de liberdade).

2. Entrevistas com equipe de trabalhadores da instituição.

3. Análise de documentos: alvará de funcionamento, regimento interno, projetos terapêuticos e registro de atividades.

4. Entrevistas com a direção da CT.

De modo geral, a análise desses quatro itens permitiu a constatação do caráter asilar, da doutrinação religiosa, dos maus-tratos em diversos graus até a tortura, do trabalho forçado (a título de laborterapia), do uso de contenção química, entre outras violações de direitos humanos. O relatório é exaustivo, mas vou direto a uma das instituições que inspecionei.

Trata-se de uma CT destinada ao atendimento de adolescentes que já havia sido vistoriada pelo Conselho Estadual de Políticas Sobre Drogas, pelo Ministério Público e pelo Conselho Tutelar, além da vigilância sanitária e de outras secretarias municipais e ainda assim continuava funcionando, apesar das irregularidades encontradas. Mais estarrecedor é o fato de que as internações compulsórias foram definidas, via de regra, por determinação judicial.

Em resumo, um juiz determina a internação do adolescente por uso de psicoativos ilícitos ou por ato infracional e, de pronto, garante os recursos públicos suficientes ao custeio do tratamento, com a indicação explícita para qual entidade (CT). Um mundo perfeito. Trago esse exemplo, esse relato, para enfatizar a profundidade do fosso entre a prática que descrevi e a Resolução 487 do CNJ, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei 10.216/2001.

Cito, então, a Resolução pela explicitação do caráter antimanicomial, que reputo como contra-hegemônico, e pela adequação à Convenção Internacional, da qual sou um entusiasta, e que, a meu ver, aperfeiçoa, amplia e, de certo modo, corrige a Lei 10.216/2001, que tomou forma num tempo histórico definido e numa dada correlação de forças.

É claro que a 487 não caiu do céu nem é abrupta ou extemporânea, como bem explicado na Nota Técnica que justifica este Seminário Internacional. Essa nota elenca os acúmulos sucessivos sobre o tema e os enfrentamentos aos retrocessos, particularmente aos promovidos pelo governo anterior.

Destaco o posicionamento do Condege através de uma nota técnica que recebeu amplo apoio da sociedade civil, contrária à extinção das EAPs (Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei), dispositivo extinto por portaria do MS em 2020, depois revogada frente à intensa mobilização da sociedade civil.

A 487 tem sido muito comemorada, mas também muito atacada pelos ideólogos do manicomialismo e suas instituições. De certo modo, essa movimentação se dá, ao meu juízo, pelo acerto da medida.

Mas, voltando às comunidades terapêuticas, uma das reações dos seus defensores à Inspeção e seu Relatório é que o número de CTs inspecionadas, 27 em 12 estados e mais o DF, nas 5 regiões, não permitiria extrapolações estatísticas, o que nunca fizemos. Assim, segundo os defensores das CTs, dentre algumas milhares de CTs, essas seriam as exceções. Sem adentrar nessa discussão, aponto que essa Inspeção não foi a primeira e nem será a última. Muitas outras CTs foram inspecionadas, pesquisadas, investigadas em caráter regional ou local, o que resulta em número muito superior às 27 CTs abrangidas no relatório de 2018.

Por outro lado, insurjo-me veementemente contra esse argumento desqualificador pelo simples fato de que encontrar 27 locais em que se praticam violações a direitos fundamentais é algo por si só de grande relevância. Imaginemos nós que foram encontrados 27 locais onde pessoas são escravizadas ou mulheres são exploradas sexualmente. Antes de questionar a relevância estatística, penso que a reação ética e moralmente correta deveria ser mobilizar todos os esforços para mudar a situação.

Aproveitando a oportunidade, e desde já me desculpando pelo desvio, quero chamar a atenção para o papel das CTs como dispositivo de controle dos corpos e das populações. Até certo ponto, todos nós temos algum nível de compreensão do fenômeno CTs, mas as perguntas que deveríamos fazer é: para que servem? Qual sua função social? Em qual estratégia de dominação contemporânea estão inseridas? Como se encaixam no neoliberalismo? Uma coisa que me chamou a atenção na inspeção foram as concepções de sujeito e de ser humano que orientam a suposta linha de cuidados adotados que, quando reveladas, já são em si um aviltamento de direitos humanos.

Na escuta dos responsáveis pelas comunidades e na leitura dos materiais de divulgação, entendemos que às pessoas em situação de uso de drogas é atribuída uma espécie de falha de caráter, e consequentemente, uma baixa vontade de superar seus problemas. Tais indivíduos são vistos como fracos e influenciáveis, daí a dupla exigência: isolamento e doutrinação religiosa.

Curiosamente, mesmo as ideias de matriz organicista, que entendem a "dependência química" como de origem orgânica e/ou genética, ficam em um certo grau subestimadas, secundarizadas. A questão fundamental na visão das CTs é sempre moral e atinge dimensão religiosa com uma espécie de luta do bem contra o mal. A "doença" orgânica, a adição, é somente mais um componente para justificar a internação, uma senha para legitimá-la e possibilitar o que de fato se almeja — "salvar" o dependente.

Quando nos pusemos a avaliar a eficácia, os resultados dos supostos tratamentos, chamaram a atenção os relatos que davam conta de sucessivas internações e de uma espécie de peregrinação de CTs em CTs, indicando o fracasso do binômio doutrinação/abstinência. Por outro lado, há os casos de sucesso absoluto da doutrinação, quando se observa o fenômeno da sobre-insti-

tucionalização de internos que, no curso da sua internação, acabam por se tornar seus monitores. Em muitos casos, passam a morar nas CTs, trabalhando em troca de casa e comida, numa infame servidão voluntária.

Penso — tenho falado muito sobre isso — que manicomializar o sofrimento mental e os diversos usos das drogas se articula a uma estratégia mais profunda, que passa pelas políticas de encarceramento em massa, em que as drogas ilícitas, seu fabrico, circulação e consumo acabam tendo papel crucial, sendo o maior motivo do aprisionamento de homens e responsável direto pelo aumento explosivo de encarceramento feminino.

O Estado de modelo neoliberal cada dia mais se afasta do cuidado humanizado, da prevenção e da promoção de saúde mental e se esmera no seu papel repressivo e punitivo. O resultado, entendido como a cura da dependência, é o que menos importa. O produto final é a internação, o que conta como serviço prestado é o número de internados. As CTs são como uma área de descarte destinada a conter o que não mais se quer enxergar.

Num país que ostenta um abismo de desigualdades sociais, que concentra renda e privilégios como em quase nenhum outro lugar no mundo, encarcerar, internar em CTs é uma estratégia de controle civil de populações destinada prioritariamente aos pobres, aos periféricos, às pessoas pretas, aos jovens, às pessoas com deficiência e outras vulnerabilizadas. Trata-se de tirar de circulação os indesejáveis, os invisibilizados que, quando vistos, é pela lente do medo provocado pelo terror social difundido pelas mídias corporativas. Quase sempre a resposta social a essa visão é: "Tem que bater, tem que matar, engrossa a gritaria/ Filha do medo, a raiva é mãe da covardia", diz Chico Buarque em sua canção *Caravanas*.

Em resumo, a inserção da saúde mental na cadeia produtiva das CTs a transforma em mercadoria. Nega-se o direito humano à saúde, busca-se avançar sobre os fundos públicos destinados à proteção social. Não importa mais a eficácia do tratamento, tudo é resumido a números de atendimentos. As CTs, quando entendidas como dispositivo social, revelam-se como uma máquina de segregação dos indesejáveis.

Definitivamente as CTs não estão por aí como resposta à questão das drogas, é tudo fachada, discurso autorizador como outrora foi o mito do louco violento ou contaminador, mas são reação à extrema pobreza e a todo tipo de iniquidade social que agrava e é agravada por marcadores como raça, gênero, sexualidade e por aí segue.

Enfim, o neoliberalismo não produz respostas universais como na revolução burguesa (igualdade, fraternidade e liberdade), mas busca reduzir o papel do Estado ao seu caráter bélico e de aparato de segurança interna e da proteção à propriedade privada dos meios de produção.

Portanto, reafirmo que as CTs não são de fato dispositivos para cuidado ou tratamento de adictos, mas sim dispositivos de controle das massas pelo aprisionamento e pela doutrinação. Partem do princípio de que não há cura no sentido amplo, mas, no máximo redenção/salvação (que se dá) pela rendição/submissão.

SAÚDE MENTAL E SISTEMA SOCIOEDUCATIVO: INVISIBILIDADES, DESAFIOS E REFLEXÕES

Fernanda Machado Givisiez[1], Sara Campos[2], Adrianna Figueiredo Soares da Silva[3]

Resumo: O presente artigo é fruto dos debates realizados na mesa *Cuidado em Saúde Mental e Socioeducativo*, no Seminário Internacional da Saúde Mental: Possibilidades para a efetivação da Política Antimanicomial na interface com o Poder Judiciário. Busca-se contribuir para a reflexão e a proposição de estratégias para superar os desafios, que são múltiplos e diversos, no cuidado em saúde mental de adolescentes e jovens a quem se atribua a prática de ato infracional e em cumprimento de medida socioeducativa no Brasil, promovendo uma abordagem alinhada à garantia de direitos e em consonância com as normativas nacionais. Para auxiliar no debate, são indicados dados atuais sobre as intersecções entre adolescência, juventude, raça e saúde mental, bem como sobre a realidade do atendimento, além do arcabouço normativo nacional que regulamenta a temática. Por fim, são apresentados caminhos possíveis para aprofundar os debates acerca do tema e, também, para contribuir para o fortalecimento e os avanços na garantia do cuidado em saúde mental de adolescentes em atendimento socioeducativo.

Palavras-chave: Sistema Socioeducativo. Adolescências. Juventudes. Saúde Mental. Sistema de Garantias de Direitos.

1 Especialista em Políticas Públicas com ênfase em gestão social pela Fundação João Pinheiro, Mestra em Direitos Humanos e Liberdades Públicas pela Université Paris X – Nanterre. Coordenadora do Eixo 2 (Socioeducativo) do Programa Fazendo Justiça (CNJ/Pnud).
2 Psicóloga e Mestra em Psicologia Social pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Assistente Técnica Nacional do Eixo 2 (Socioeducativo) do Programa Fazendo Justiça (CNJ/Pnud).
3 Cientista Social e Mestra em Antropologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Coordenadora Adjunta do Eixo 2 (Socioeducativo) do Programa Fazendo Justiça (CNJ/Pnud).

1. Introdução

"Saúde mental ideal, como a liberdade, existe para uma pessoa apenas se ela existe para todas as pessoas."

Phyllis Chesler

O tratamento de pessoas com transtorno mental envolvidas com a justiça criminal ganhou importante relevo no cenário nacional após a publicação da Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)[4], que instituiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Nesse contexto, emergiu, também, o tema dos cuidados de adolescentes com transtorno ou sofrimento mental apreendidos(as), processados(as) por cometimento de ato infracional ou em cumprimento de medida socioeducativa, uma vez que o art. 22 da referida Resolução indica sua aplicação, no que couber, para esse público.

Esse debate se mostra essencial, visto que dados atuais revelam, tanto no âmbito nacional quanto no âmbito internacional, um cenário preocupante em torno da saúde mental de adolescentes e jovens em geral, impondo, assim, preocupações adicionais sobre parte dessa população que acessa o Sistema de Justiça juvenil.

A saúde é um direito fundamental que deve ser assegurado a todos os indivíduos e, no âmbito socioeducativo, é ainda mais premente, tendo em vista suas características violadoras (Brasil, 2022; Brasil, 2019) aliadas a evidências de que as desigualdades de classe, raça e gênero agravam as condições de saúde mental entre adolescentes. Dados do Levantamento do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase) indicam uma sobrerrepresentação de adolescentes negros e pobres no sistema (Brasil, 2023), ressaltando a urgência de políticas que considerem as interseccionalidades implicadas nas experiências de saúde mental.

Apesar dos importantes avanços normativos que estabeleceram a necessidade de assegurar devido tratamento a adolescentes em sofrimento psíquico em cumprimento de medida socioeducativa, ainda persiste no país uma série de desafios relacionados a esse tipo de atendimento. Muitas vezes, são realizadas abordagens assistenciais não regulamentadas, baseadas na segregação e na exclusão em detrimento das políticas de saúde, de direitos humanos e daquelas destinadas a crianças e adolescentes.

4 É possível conferir alguns dos desdobramentos da Resolução CNJ nº 487 na página da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, disponível em: https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/direitos-humanos/politica-antimanicomial-do-poder-judiciario/. Acesso em: 20 set 2024.

Nesse sentido, para garantir um atendimento qualificado a adolescentes a quem se atribua a prática de ato infracional e em cumprimento de medida socioeducativa pautado nas melhores práticas previstas em normativas nacionais e internacionais, deve-se pensar em estratégias que assegurem um cuidado em saúde de forma intersetorial entre as políticas de saúde, assistência social, educação, cultura etc., por meio de uma abordagem mais integrada e eficaz.

Diante desse cenário, este artigo pretende abordar o tema da atenção em saúde mental de adolescentes no atendimento socioeducativo. Longe de esgotar as múltiplas e complexas dimensões que envolvem os desafios relacionados à temática, serão apresentados, inicialmente, dados atuais que informam sobre as intersecções entre adolescências, juventudes, desigualdades sociais e saúde mental. Posteriormente, será exposto o arcabouço normativo nacional que regulamenta os cuidados em saúde mental no Sistema Socioeducativo, com foco na prestação de atendimentos de base territorial e comunitária e nos pressupostos da Política Nacional de Atenção Integral a Adolescentes em Conflito com a Lei (Pnaisari). Também serão abordados alguns dos principais desafios encontrados nesse cenário, no qual a própria privação de liberdade funciona como mola propulsora do sofrimento, bem como os impactos em saúde mental ocasionados pela: i) verticalização do atendimento; ii) medicalização excessiva e iii) inadequação das instituições de características asilares para efetivação dessa atenção. Por fim, serão apresentadas estratégias para fortalecer e contribuir para o avanço na garantia do cuidado em saúde mental de adolescentes em atendimento socioeducativo.

2. Saúde mental e adolescências

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2022), 14% da população de adolescentes no mundo apresenta algum sofrimento mental, o que, muitas vezes, não é percebido ou tratado, dado que estigmas, discriminações e violações de direitos humanos contra pessoas com problemas de saúde mental ocorrem cotidianamente em comunidades e sistemas de atenção no âmbito global. Em todos os países, são as pessoas mais pobres e vulneráveis que estão majoritariamente expostas a agravos em saúde mental, ao mesmo tempo que são as menos propensas a receber serviços adequados (OMS, 2022).

Em recente pesquisa baseada em informações do Sistema Único de Saúde (SUS) referentes ao período de 2016 a 2022, a Fiocruz apontou que ocorrências associadas ao sofrimento mental estão entre as principais causas de adoecimento e morte entre jovens no país (Fiocruz, 2024). O estudo aponta que transtornos mentais são a primeira causa de internação hospitalar de homens na faixa etária entre 15 e 29 anos, abrangendo esquizofrenia, psicose, uso de múltiplas drogas, de outras substâncias psicoativas e de álcool. Já nas notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho, as mulheres jovens trabalhadoras representam a maioria absoluta, 74% dos registros.

A Fiocruz indica, ainda, que, entre 2011 e 2022, a taxa de suicídio entre jovens cresceu 6% ao ano no Brasil. Já a taxa de notificações por autolesões na faixa etária de 10 a 24 anos aumentou 29% a cada ano nesse mesmo período. O número foi maior do que entre a população em geral, cujas taxas de suicídio e de autolesão tiveram, no período em questão, crescimento médio ao ano de 3,7% e de 21%, respectivamente.

Esses dados alarmantes explicitam a necessidade de promoção, ampliação e qualificação de políticas de Estado relacionadas aos cuidados em saúde mental e à prevenção de agravos entre adolescentes e jovens, principalmente aqueles(as) em situações de maior vulnerabilidade. Afinal, as condições de saúde de um indivíduo não estão associadas apenas a predisposições biológicas, mas também a determinantes sociais, como raça, gênero, classe, entre outros (CDSS, 2010). Isso significa que essas populações são as que encontram maiores barreiras para acessar os serviços e políticas de saúde.

É crucial, contudo, compreender que adolescentes e jovens demandam novos modos de produzir saúde, pois, conforme ressalta o Ministério da Saúde (Brasil, 2014), por se tratar de um ciclo de vida particularmente "saudável", os agravos em saúde decorrem, em grande medida, de hábitos e comportamentos que, em determinadas conjunturas, os deixam em situações de vulnerabilidade, expondo-os a situações de violência e adoecimento. Portanto, há que se atentar para riscos gerados pelo contexto social, em que desigualdades resultantes de processos históricos de exclusão e discriminação (pobreza, falta de acesso à educação e baixa escolaridade, exploração do trabalho, exposição a diversas formas de violência) podem interferir no acesso a direitos e oportunidades (Brasil, 2014).

A Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) ressalta que saúde mental e saúde pública, assim como direitos humanos e desenvolvimento socioeconômico, pressupõem vínculos indissolúveis, o que significa que "a transformação de políticas e práticas em saúde mental pode trazer benefícios reais e substantivos para pessoas, comunidades e países em todos os lugares" (OPAS, 2022)[5].

Nesse cenário, pensar o cuidado em saúde mental demanda um olhar crítico e conjuntural para os discursos produzidos acerca da temática, em que se evidencia a persistência de estigmas e de práticas atravessadas por compreensões de séculos passados sobre a loucura, marcadas pela exclusão e pela segregação dos sujeitos (Nunes e Torrenté, 2009; Pires et al., 2023). Faz-se necessário lançar luz às históricas mobilizações e construções de pessoas em sofrimento mental e seus familiares, sociedade civil organizada e profissionais da saúde mental, que amparados(as) nos princípios dos direitos humanos, ensejaram, nas últimas décadas, reformas sanitárias e experiências exitosas ao redor do mundo (Oliveira, 2012). Graças a essa articulada movimentação, dispõe-se, hoje, de um robusto arcabouço teórico-normativo, cujas diretrizes apontam para um

5 OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção. 2022. Disponível em: < https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>. Acesso em 15 de março de 2023.

modelo de cuidado centrado na pessoa e apostando nos laços sociais e comunitários como premissa terapêutica (Amarante e Torres, 2017).

No Brasil, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a promulgação da Lei nº 10.216/2001[6] são avanços que traduzem esse novo paradigma de cuidados em saúde mental, o que não supõe uma prática sem desafios. Por exemplo, há insuficiência de investimentos nas políticas públicas de saúde mental que resulta em vazios assistenciais nos territórios, e mesmo um desconhecimento das redes, serviços e fluxos de atendimento existentes, que, muitas vezes, acabam gerando desassistência ou violação de direitos. Somado a isso, nos últimos anos, ampliou-se o financiamento público em instituições que refletem lógicas asilares, priorizam a internação e o distanciamento do caráter participativo de construção das políticas de saúde (Cruz, *et al.*, 2020).

No bojo dessas questões, destaca-se a importância da Resolução CNJ nº 487/2023 que, ao instituir a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, reafirmou os princípios do SUS, da própria Lei nº 10.216/2001 e das demais previsões legais para a saúde da população em contato com o Sistema de Justiça criminal. O foco da referida resolução, como se sabe, é o público adulto, sustentado pelas diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Prisional (Pnaisp) e, consequentemente, para o fortalecimento da atuação das Equipes do Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAPs). Ao mesmo tempo, estabelece, no art. 22, a sua aplicabilidade no que couber e, enquanto não houver ato normativo próprio, a adolescentes a quem se atribua a prática de ato infracional e em cumprimento de medida socioeducativa.

Ainda que pouco da referida normativa seja diretamente aplicável ao público do Sistema Socioeducativo, haja vista as especificidades desse tipo de atendimento e as demandas peculiares a essa faixa etária, tal inserção apoia-se no princípio da legalidade, que proíbe tratamento de adolescentes mais gravoso do que aquele conferido ao adulto, conforme previsto na Lei 12.594/2012 (art. 35, inc. I), a qual instituiu o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase).

Reitera-se, pois, o dever do Poder Judiciário em assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes, tal como preconizado no art. 4º do Estatuto da Criança e do Adolescentes (ECA), de maneira alinhada à Lei 10.216/2001. De todo modo, insta frisar que, desde sua publicação, a discussão sobre como assegurar a adequada atenção em saúde mental a adolescentes e jovens no Sistema Socioeducativo vem sendo fomentada, em um momento no qual a pauta se mostra cada vez mais cara à realidade social da juventude brasileira, como indicaram os números supracitados.

6 A Lei nº 10.216/2001, também conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

3. Saúde mental e Sistema Socioeducativo: marcadores sociais e interseccionalidades para os cuidados em saúde mental

Se a urgência dos cuidados em saúde mental é tema pujante nos debates sobre a juventude, é ainda mais premente no contexto socioeducativo, além de ser inerente ao compromisso ético e à responsabilidade dos atores integrantes do Sistema de Garantia de Direitos (SGD)[7]. Tal discussão se revela ainda mais emergente em se tratando do atendimento socioeducativo de privação e restrição de liberdade e vem ganhando particular importância após publicação da Resolução CNJ nº 487/2023.

O ponto de partida para o debate dessa temática é o entendimento de como os sistemas de privação de liberdade foram construídos sobre uma estrutura desigual, marcada pelo racismo estrutural, pela violência de gênero, pelo classismo e por tecnologias de controle estatal apoiadas em um paradigma de responsabilização da situação de pobreza. Historicamente, o avanço do capitalismo pressupõe a exclusão de corpos indesejáveis e insurgentes, e essa exclusão permeia também o atendimento socioeducativo. Ou seja, cuida-se de um sistema cuja base pressupõe a desumanização e exclusão de determinados corpos em todas as esferas da vida social (Davis, 2020; Borges, 2018; Melossi, Pavarini, 2006; Batista, 1998; Passos, 2020).

O Levantamento Nacional do Sinase (Brasil, 2023) indica a seletividade racial do Sistema Socioeducativo brasileiro, apontando que, em 2015, a quantidade de adolescentes negros(as) em seu bojo representava 61,03% do total; no ano de 2016, perfazia 59,08% e, no último levantamento[8], registrou 56% de adolescentes negros(as). Esses números condizem com aqueles levantados no Censo Nacional de Práticas de Leitura no Socioeducativo (Brasil, 2023) realizado pelo CNJ, que apontam para um universo ainda maior de meninos e meninas negras dentro do sistema. A pesquisa realizada em 450 unidades de privação e restrição de liberdade em todas as Unidades da Federação do país revelou que, à época, de um total de 11.933 adolescentes, 75% eram negros (7.707), 24,3% (2.500) brancos; 0,4% (37) adolescentes indígenas e 0,3% (32) adolescentes amarelos.

Certamente a história de cada sujeito é única, mas tais evidências escancaram as perversas consequências das desigualdades que assolam o país, pois justamente a maioria dos(as) adolescentes privados(as) de liberdade — pretos e pardos — fazem parte da estratificação populacional que se encontra em situação de maior vulnerabilidade, conforme detalhado no relatório do Atlas da Juventude de 2021 (FGV, 2022). Assim, analisar a história de vida dos e das adolescentes que iniciam o cumprimento de medidas socioeducativas no Brasil significa encarar necessariamente

7 Instituído pela Resolução Conanda nº113/2006, o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente (SGD) constitui-se na articulação e na integração das instâncias públicas governamentais e da sociedade civil, na aplicação de instrumentos normativos e no funcionamento dos mecanismos de promoção, defesa e controle para a efetivação dos direitos humanos da criança e do adolescente, nos níveis federal, estadual, distrital e municipal.

8 Não houve levantamento anual nesse intervalo.

a sua história social, marcada por uma série de vulnerabilidades e ausências de direitos desses sujeitos, que antecedem seu encontro com o Sistema de Justiça juvenil.

De acordo com o Panorama da Situação de Saúde de Jovens Brasileiros (Brasil, 2024), em análise comparativa sobre a taxa de mortalidade da juventude brasileira, jovens negros (pretos e pardos) correspondem a mais que o dobro da quantidade de óbitos dos jovens brancos. Ainda, de acordo com esse documento, de 2016 a 2022, aproximadamente 29% dos óbitos ocorreram entre jovens brancos e 68% entre jovens negros. Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2023), 50,3% das vítimas de mortes violentas intencionais eram adolescentes e jovens com idade entre 12 e 29 anos. Dentre os mortos em intervenções policiais, esse grupo etário concentra 75% das mortes. Em relação ao perfil étnico-racial das vítimas, 76,5% dos mortos eram negros, reafirmando dados já apresentados pelo Anuário e pelo Atlas da Violência. Os jovens negros constituem o principal grupo vitimado pela violência independentemente da ocorrência registrada, mas chegam a 83,1% das vítimas de intervenções policiais (FBSP, 2023).

Frente a esse cenário, mostra-se incontornável racializar a discussão sobre cuidados em saúde mental e acesso à saúde, tendo em vista que as condições de vida precárias de grande parcela da população provocam sofrimento mental contínuo, percebido por sintomas físicos e psíquicos, resultantes da constante tensão emocional, angústia e ansiedade provocadas pelo racismo (Damasceno, Zanello, 2018).

Entretanto, quanto aos dados diretamente relacionados à dimensão dos cuidados em saúde mental no Sistema Socioeducativo e as possíveis intersecções com as dimensões de raça e cor, o que se tem é uma escassez de pesquisas e levantamentos oficiais sobre esta dimensão. Pode-se pensar, a partir desse fato, como o racismo institucional opera mantendo essa questão na invisibilidade e fora das agendas das políticas públicas de atendimento socioeducativo.

O último Levantamento Nacional do Sinase de 2023, por exemplo, apresentou uma única questão sobre o tema, por meio da coleta do número de adolescentes usuários(as) dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)[9], serviço da rede SUS. Do total de 11.809 adolescentes em atendimento socioeducativo de privação e restrição de liberdade, 5,5% eram usuárias(os) de CAPS AD e 8,6% usuárias(os) de CAPS i, perfazendo 14% do total de adolescentes no período.

9 Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são equipamentos do SUS que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Esses equipamentos podem ser de diferentes modalidades, tais como: CAPS I, II, III, Álcool e Drogas (CAPSad) e Infantojuvenil (CAPSi). Por meio do atendimento em saúde aberto à comunidade e de base territorial, realizado por equipe interdisciplinar, atendem prioritariamente pessoas em sofrimento ou transtornos mentais, incluindo aquelas que enfrentam desafios relacionados às necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Destaca-se que qualquer modalidade de CAPS pode atender adolescentes e jovens, o que dependerá do desenho da rede local (Brasil, 2014).

4.Parâmetros normativos para atenção à saúde de adolescentes no Sistema Socioeducativo

A partir dos dados apresentados e para melhor compreender a realidade nacional da atenção à saúde de adolescentes no Sistema Socioeducativo, é essencial analisar como o arcabouço normativo brasileiro trata a questão. Antes da Constituição Federal de 1988 (CF/88), o atendimento a crianças e adolescentes no país assentava-se na doutrina da situação irregular, marcada pelo *menorismo* e pela compreensão de que esse público era mero objeto de direitos. Com a promulgação da CF/88 e, depois, com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), houve avanço teórico e legislativo no campo da infância. Assim, crianças e adolescentes passam a ser entendidos como sujeitos de direitos, detentores(as) de direitos humanos gerais e específicos para sua faixa etária. É a partir daí que a legislação nacional passa a incorporar os princípios da prioridade absoluta e da proteção integral (Cifali, 2019).

Ao estabelecer regras e procedimentos a serem seguidos no caso de adolescentes que acessam o Sistema de Justiça juvenil, o ECA destaca a necessidade de que aqueles em sofrimento psíquico ou transtorno mental recebam tratamento individual e especializado, em local adequado à suas condições (art. 112, § 3º). A Lei nº 12.594/2012, que instituiu o Sinase, endossou as garantias preconizadas no ECA e, no tocante ao direito de acesso integral à saúde, apresentou diretrizes específicas, focalizando os cuidados especiais em saúde mental, incluindo aqueles relacionados ao uso de álcool e de outras substâncias psicoativas, bem como a atenção a adolescentes com deficiências (art. 60 e seguintes).

Ainda na seara da saúde mental, o documento explicitou que o tratamento ao qual se submeterá o(a) adolescente deverá observar o previsto na Lei nº 10.216/ 2001 e definiu que as ações e serviços para a promoção, proteção, prevenção de agravos e doenças, assim como a recuperação da saúde de adolescentes em cumprimento de medidas devem estar articuladas às propostas e ações socioeducativas, previstas e registradas no Plano Individual de Atendimento (PIA).

Outra normativa essencial é a Portaria Interministerial nº 1.426/2004, a primeira que regulamentou a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, publicada em 2004 pelo Ministério da Saúde em conjunto com a Secretaria Especial de Direitos Humanos e a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, um marco no estabelecimento do modelo de atendimento à saúde para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. Desde então, outras publicações provocaram pequenas alterações na referida normativa[10], até sua redefinição mais significativa em 2014, ocasionada pelas Portarias 1.082/2014 e 1.083/2014, as quais tratam da operacionalização da política e de seu financiamento, respectivamente, apresentando diferenças relevantes para sua implementação (Permino *et.al.*, 2018). Atualmente a Política Nacional para

10 Portaria SAS/MS nº 340/ 2004 e Portaria SAS/MS nº 647/2008.

Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei (Pnaisari) é regulamentada pela Portaria Consolidada/MS nº 2, Anexo XVII e Portaria Consolidada/MS nº 6, Seção V, Capítulo II, ambas de 3 de outubro de 2017.

Trata-se, portanto, de normativa que se baseia nos marcos legais de garantia de direitos de adolescentes, mas que, além disso, ancora-se no princípio de promoção de equidades em saúde[11], considerando o quadro de violações e vulnerabilidades as quais vivenciam os(as) adolescentes a quem se atribua a prática de atos infracionais e em cumprimento de medidas restritivas ou privativas de liberdade.

Desde 2004, quando publicada a primeira portaria, passando por sua redefinição em 2014 e posterior consolidação em 2017, a Pnaisari direciona o cuidado para atuação intersetorial, mantendo-se a proposta de atendimento no SUS a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, prevalecendo o cuidado no território, tendo a atenção básica como sua ordenadora (art. 4º), além de destacar o princípio da incompletude institucional para uma atuação complementar entre as políticas socioeducativa e de saúde (art.11, § 2º).

Portanto, ambas as normativas, Sinase e Pnaisari, organizam e orientam o cuidado em saúde mental de adolescentes em atendimento socioeducativo, em perfeita sintonia com as diretrizes da Lei nº 10.216/01, com foco na garantia de uma atenção em saúde de base comunitária e territorial, que deverá ocorrer, prioritariamente, nos equipamentos da Rede SUS, independentemente de o(a) adolescente estar em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto ou em privação ou restrição de liberdade.

Nesse sentido, retomando a referência ao ECA, compreende-se que receber tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições, implica, necessariamente, um tratamento que ocorra em serviços componentes da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), em que a liberdade é estruturante. Por isso, pode-se dizer que a privação de liberdade, já de antemão, choca-se com o que se entende por cuidado em saúde, o que, certamente, sinaliza uma contradição inerente ao debate aqui travado. Em outras palavras, as medidas de privação e restrição de liberdade, sobretudo a internação, apresentam desafios, por vezes intransponíveis, para efetivação dos cuidados em saúde mental, "posto que a privação de liberdade, em si, pode impor extremo sofrimento mental ao adolescente" (Brasil, 2021).

Tal contradição não se refere apenas à dificuldade de acesso de adolescentes aos serviços de saúde do território, o que não deixa de ser problemático, visto que destoa não apenas da univer-

11 Conforme define o Ministério da Saúde, a promoção da equidade é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), relacionado aos conceitos de igualdade e justiça social. Consideram-se, portanto, as necessidades e especificidades de cada cidadão ou grupo social, reconhecendo os determinantes sociais que influenciam a saúde, como condições de vida, habitação, trabalho, renda, acesso à educação e lazer. Nesse sentido, as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, no âmbito do SUS, consistem em programas e ações para garantir o respeito à diversidade e assegurar atendimento integral a populações em situação de vulnerabilidade social, incluindo-se no escopo de suas atuações as pessoas privadas de liberdade.

salidade, princípio doutrinário do SUS, como das diretrizes da Pnaisari e do Sinase. Mas, sobretudo, essa incoerência se apresenta diante da definição ampla de saúde, que vai além do tratamento de doenças e infecções, para incluir, também, o bem-estar físico, mental e social. Assim, a própria dinâmica institucional das Unidades Socioeducativas, fundamentadas na lógica da privação de liberdade e em um modelo verticalizado de funcionamento, apresenta-se como fator de risco e sofrimento (Costa e Silva, 2017).

5. Desafios e impasses para efetivação do direito à saúde de adolescentes em privação e restrição de liberdade no Sistema Socioeducativo

Para além dos históricos problemas estruturais das Unidades Socioeducativas que se relacionam a um alto índice de agravos em saúde (doenças respiratórias, de pele etc.), observa-se uma incidência de quadros de ansiedade, angústia, insônia, entre outros sinais de sofrimento psíquico na população privada de liberdade (Permino, 2018). Somadas às já referidas vulnerabilidades sociais que afetam a saúde dessa população, a violência institucional que permeia instituições fechadas também se encontra na origem dos sintomas de sofrimento mencionados (Brasil, 2022). Da mesma forma, a internação em estabelecimentos socioeducativos, nos quais adolescentes experienciam o afastamento de seu território de origem e da convivência familiar e comunitária, procedimentos verticalizados, além da restrição e regulação do acesso a meios de comunicação, bem como de várias outras atividades corriqueiras na vida cotidiana comum, operam na contramão de um bem-estar físico, social e mental.

Percebe-se, assim, como a imposição de uma dinâmica que padroniza e controla os comportamentos para cumprir a rotina de uma instituição — horários rígidos e inegociáveis para ações cotidianas; restrição de acesso a livros[12] e a outros bens culturais; contenção de acesso a espaços abertos; comedimento intenso do uso da palavra; ausência de espaços de escuta; rígido controle de corpos (cortes de cabelo, uniformes, mãos sempre para trás) etc. — retira não apenas a liberdade de ir e vir, mas também a autonomia dos sujeitos, ocasionando impactos na saúde, impossibilitando o seu cuidado e, por vezes, gerando ou ampliando sofrimento.

No caso do público atendido pelo Sistema Socioeducativo, acrescentem-se às questões estruturais e sociais, os aspectos inerentes à puberdade e à adolescência, marcadas por rupturas e transformações. Ademais, o pouco — ou nenhum — cuidado ofertado nesses espaços distancia-se de uma perspectiva integral, evidenciando-se a hipermedicalização e a alta demanda de encami-

12 Como exemplo, de acordo com Censo Nacional de Práticas de Leitura no Sistema Socioeducativo (Brasil, 2023), 41% das unidades que têm espaços de leitura apresentam algum tipo de restrição quanto à composição de seu acervo, enquanto 16% das que têm espaço de leitura apresentam algum tipo de restrição quanto ao acesso a essas estruturas e 22% das unidades que têm projetos de leitura afirmam ter restrições quanto à participação dos(as) adolescentes.

nhamentos a serviços especializados de saúde mental, álcool e outras drogas (Permino, 2018). A esse respeito, Da Silva *et al.* (2024) ressalta como o risco da medicalização excessiva deveria estar no centro do debate das políticas socioeducativas, visto que se subestimam os inúmeros impactos e efeitos adversos do uso indiscriminado de psicofármacos, sem diagnóstico prévio e/ou correlacionado a outras abordagens terapêuticas[13].

Justamente por essas questões problemáticas e diversas, a Pnaisari destaca particularmente o cuidado em saúde mental, reconhecendo instituições fechadas como produtoras de sofrimento psíquico (Brasil, 2022). Focaliza, portanto, o atendimento em rede e indica a avaliação psicossocial, a formação de grupos operativos, a abordagem familiar, o fomento à discussão sobre medicalização excessiva, as contribuições para desinstitucionalização, entre outras, como estratégias de atendimento fundamentadas em metodologias que se afastam das práticas verticalizadas de assistência em saúde mental exercidas, frequentemente, pelas Unidades Socioeducativas (Da Silva, Gama, Costa, 2024).

Ante o exposto, é fato que, apesar dos avanços mencionados, especialmente no campo normativo, ainda prevalecem resquícios do *menorismo* nas modalidades de atendimento e governança que destoam da legislação de referência (Costa e Silva, 2017), observando-se graves violações de direitos a esse público (CFP, 2006). Adolescentes em sofrimento mental ou com transtorno psíquico estão sendo privados de liberdade, apesar de o ECA e as demais normativas já apontarem a necessidade de um tratamento ambulatorial de base no território do(a) adolescente, onde ele(a) possa, como parte de seus cuidados, acessar seu direito à convivência familiar e comunitária.

Não é possível oferecer um adequado tratamento de saúde a um(a) adolescente privando-o(a) de sua liberdade, sobretudo, em ambientes, na maioria das vezes, violadores de seus direitos[14]. Se há efeitos deletérios provocados por esse tipo de atendimento na vida de pessoas adultas, como a luta antimanicomial evidenciou e segue insistentemente evidenciando (Oliveira, 2013), eles são devastadores na vida de um sujeito em condição peculiar de desenvolvimento. Daí a preocupação de que adolescentes sejam atendidos(as) junto de sua comunidade e por equipamentos de saúde, já que Unidades Socioeducativas não são espaços regulamentados e adequados para o exercício de um atendimento condizente com as garantias previstas nas normativas nacionais e internacionais.

13 Conforme ressaltado por Da Silva, Gama e Costa (2024), a medicalização foi incluída na agenda pública brasileira muito recentemente por meio da Resolução Conanda nº 177/2015, que dispõe sobre o direito da criança e do adolescente de não serem submetidos à excessiva medicalização e recomenda protocolos clínicos que privilegiem alternativas não medicalizantes, considerando aspectos pedagógicos, sociais, culturais, emocionais e étnicos que envolvam trabalhos com a família, profissionais e comunidade, por meio de abordagem multiprofissional e intersetorial, promovendo práticas de educação e promoção da saúde.

14 Além das violações verificadas na Inspeção Nacional às unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei, realizadas pelo Conselho Federal de Psicologia e pelo Conselho Nacional da OAB em 2006, o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) vem denunciando diversas irregularidades e violências em Unidades Socioeducativas de todo o país, por meio de relatórios de inspeções estaduais que podem ser acessados em: https://mnpctbrasil.wordpress.com/relatorios/.

6. Segregação e exclusão: na contramão da socioeducação e do acesso à saúde

Se a liberdade se afirma como premissa terapêutica, em oposição ao sofrimento que a sua privação em Unidades Socioeducativas pode causar à saúde mental de adolescentes e jovens (Costa e Silva, 2017), cumpre também apontar o equívoco de encaminhá-los às chamadas comunidades terapêuticas para suposto tratamento de saúde mental ou de danos associados ao uso de álcool e outras drogas, uma vez que esses espaços estão na contramão da reforma psiquiátrica antimanicomial e dos princípios fundamentais da socioeducação.

Como indicado, a partir da Lei nº 10.216/2001 e posteriores regulamentações, a política de saúde voltada a pessoas em sofrimento mental ou com demandas decorrentes do uso de álcool e outras drogas passa a ser estruturada a partir do cuidado voluntário, em base territorial, valorizando a descentralização do atendimento em serviços próximos ao convívio social de seus(as) usuários(as). Assim, a internação de saúde mental configura-se como uma intervenção extrema e excepcional, quando recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, além de estar proibida em ambientes com características asilares que, como a própria lei define, não oferecem assistência integral à pessoa com transtorno mental (art. 4º, § 2º) e tampouco asseguram aos(às) pacientes os direitos legalmente previstos[15].

Ademais, a Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde que instituiu, no âmbito do SUS, a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) para pessoas em sofrimento ou com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, determina que comunidades terapêuticas só podem acolher adultos (art. 9º, inc. II).

A despeito disso, as inspeções realizadas em 28 Comunidades Terapêuticas em diversas Unidades da Federação pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), em parceria com o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e com o Ministério Público Federal (MPF), mostraram uma realidade contrária, uma vez que foram encontrados naqueles locais adolescentes em flagrante violação de direitos; partilhando ambientes com adultos, sem qualquer tipo de separação; recebendo medicação de modo indevido e irregular; sujeitos a regime de trabalho infantil; sem acesso ao direito à educação, sem contato com seus familiares ou comunidade, em completa afronta ao princípio da convivência familiar e comunitária; entre outras violações (CFP, 2018).

15 Os direitos da pessoa portadora de transtorno mental previstos no parágrafo único do art. 2º da Lei nº 10.216/2001 são: (i) ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; (ii) ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; (iii) ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; (iv) ter garantia de sigilo nas informações prestadas; ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; (v) ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; (vi) receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; (viii) ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; (ix) ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Conforme se depreende do relatório das inspeções, parte dos(as) adolescentes que estavam nas comunidades terapêuticas foi encaminhada por determinação judicial. Muitos deles(as), inclusive, para "cumprimento de medida socioeducativa" ou por aplicação de medida protetiva de tratamento de saúde. Além de ilegais, como demonstrado acima, tais encaminhamentos, muitas vezes, evidenciam um desconhecimento ou possível afastamento, não apenas da rede de serviços do SUS, mas também dos princípios, diretrizes e fluxos que orientam as políticas públicas de saúde no país, visto que comunidades terapêuticas não ofertam tratamento de saúde.

Assim, insta frisar que as comunidades terapêuticas reproduzem uma lógica de exclusão, segregação e violência contra uma parcela da sociedade, tal qual faziam os manicômios, apresentando-se, portanto, conflitantes com a Política Nacional de Saúde Mental. Logo, não é possível naturalizar que atores do SGD, os quais deveriam legalmente garantir sua proteção, encaminhem adolescentes a serviços com características asilares, em total afronta à Lei nº 10.216/2001.

Nessa direção, a Resolução Conanda nº 249/2024 é taxativa, explicitando a proibição de encaminhamento de adolescentes a Comunidades Terapêuticas, e além de reiterar a necessidade de envolvimento do SGD para a garantia do adequado cuidado de adolescentes, reforçando a necessidade de encaminhamentos exclusivamente direcionados a serviços componentes da Raps/SUS e do Sistema Único de Assistência Social (Suas). Também nessa esteira, a recente Resolução CNAS/MDS nº 151/2024 dispôs sobre o não reconhecimento das comunidades terapêuticas e entidades de cuidado, prevenção, apoio, ajuda mútua, atendimento psicossocial e ressocialização de dependentes do álcool e outras drogas e seus familiares como entidades e organizações de assistência social e sua não vinculação ao Suas. E para chancelar esses importantes avanços normativos, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) suspendeu a eficácia, por meio da Resolução Conad nº 10/2024, de sua antiga Resolução nº 3/2020, com o objetivo de interromper novos acolhimentos de adolescentes em comunidades terapêuticas, sejam elas de financiamento público ou privado, pois reconheceu que tais estabelecimentos violam o princípio constitucional da proteção integral e os tratados internacionais de direitos humanos e de proteção da criança e do(a) adolescente.

7. Estratégias e horizontes para garantia do cuidado em saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo

Ante o cenário apresentado até aqui, algumas estratégias podem ser adotadas para que o acesso aos cuidados em saúde mental de adolescentes e jovens do sistema socioeducativo seja assegurado. Primeiramente, insistir nos princípios da excepcionalidade e da brevidade das medidas socioeducativas, entendendo que alguns adolescentes, em função da sua condição de saúde mental, poderão se deparar com barreiras que dificultarão ou impedirão a assimilação dos aspectos pedagógicos da medida. Assim, há que se considerar a capacidade de o(a) adolescente

cumpri-la no momento da aplicação da medida, conforme sinaliza o ECA, mas também durante a sua execução, visto que a medida não só pode como deve ser revista a qualquer tempo, uma vez identificado prejuízo à saúde do(a) adolescente ou ausência dos efeitos pedagógicos frente à gravidade do caso. Em outras palavras, há que se priorizar o cuidado em saúde do(a) adolescente acima da dimensão sancionatória em todas as fases do ciclo socioeducativo: desde o atendimento inicial, passando pelo momento de tomada de decisão judicial, durante a sua execução e após o seu desligamento. Sobretudo, há que se evitar a privação de liberdade de adolescentes em sofrimento mental ou com transtorno psíquico.

Além disso, é preciso qualificar o debate sobre a universalização do acesso à saúde por adolescentes a quem se atribua a prática de atos infracionais ou em cumprimento de medida. As evidências indicam que o Sistema Socioeducativo é composto por um público que, historicamente, tem menor acesso às políticas públicas e serviços, como já apresentado, o que significa um aspecto de vulnerabilidade para sua saúde, conforme definição da OMS. Nesse raciocínio, o primeiro desafio é fazer com que o Estado se apresente a esses(as) adolescentes de um lugar que muitos deles(as) talvez nunca tenham experimentado, o lugar de oferta de cuidado. É essencial, para tanto, assegurar que os(as) adolescentes em atendimento socioeducativo acessem os serviços de saúde no território — assim como das demais políticas públicas — e sejam vistos(as) sob o viés da proteção integral e da prioridade absoluta, garantindo-lhes direitos fundamentais e de atenção integral articulada com o SUS e com a rede de proteção social, em consonância com a Lei nº 10.216/2001.

Outra estratégia fundamental para o cuidado em saúde mental é o fortalecimento da Pnaisari, uma vez que ela considera toda a gama de complexidades que perpassam essa questão, além de se fundamentar nos marcos legais aqui apresentados. Essa política reverbera o princípio da incompletude institucional sobre o qual se organiza o Sinase, isto significa que, independentemente da modalidade de medida, as políticas públicas devem atuar de forma complementar, promovendo a intersetorialidade que orienta o atendimento socioeducativo. Não há, pois, apenas um único setor responsável por adolescentes em atendimento socioeducativo que necessitem de cuidados em saúde mental. Saúde, Assistência Social, Educação, Cultura, Sistema de Justiça e todos os outros atores e atrizes que compõem o SGD são relevantes e indispensáveis na construção de estratégias corresponsáveis para garantia dos cuidados em saúde mental. Nesse sentido, deve haver um esforço conjunto e articulado para a qualificação e o fortalecimento dessa política, bem como a garantia de trabalho orientado por suas diretrizes.

Da mesma maneira, reforça-se que, para a efetivação de uma política do cuidado, em prol de uma sociedade sem manicômios, foi (e continua sendo) fundamental a consolidação de uma rede de serviços substitutivos, capaz de acolher e de cuidar dos sujeitos em sua singularidade, "atenta às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população" (Brasil, 2003). Para tanto, a formulação das políticas públicas deve priorizar seus investimentos, com aporte de recursos direcionados a tais serviços.

Finalmente, cabe salientar a urgência da temática nos territórios, estimulados não apenas pelas demandas históricas da realidade cotidiana, mas também após a publicação da Resolução CNJ nº487/2023. Além de toda movimentação em torno das questões afetas ao sistema penal, seu art. 22 convoca os atores a se debruçarem também sobre as necessidades do público adolescente. Percebe-se que, embora esteja amparada por uma série de normativas vigentes, restam muitas questões e incongruências na atenção à saúde de adolescentes a quem se atribua a prática de atos infracionais e em cumprimento de medida socioeducativa. Destarte, a perspectiva de uma regulamentação da atuação do Poder Judiciário em ato normativo próprio, conforme já anunciado na normativa, indica um caminho propício para o fortalecimento da matéria e a efetivação dos direitos desses(as) adolescentes.

Tal como ocasionado pela Resolução CNJ nº 487/2023 no âmbito penal, um ato normativo direcionado à atuação do Sistema de Justiça juvenil reafirmará previsões legais, além de propor modelos para ampliação do acesso à saúde e subsídios à tomada de decisão judicial, corroborando uma atuação garantista pela magistratura brasileira, baseada nas principais normativas nacionais e internacionais de direitos humanos.

Considerações finais

A construção e a efetivação de um SGD precisam abarcar um esforço conjunto em prol do fortalecimento e da qualificação de políticas judiciárias, de assistência social, de educação, cultura, esporte, lazer e saúde, incluindo a saúde mental de característica antimanicomial. É importante que todos(as) os(as) integrantes dessa rede atuem propositivamente, alinhados(as) às normativas vigentes, pela construção e pela operacionalização de fluxos interinstitucionais que assegurem a adolescentes em sofrimento mental aos quais se atribua a prática de ato infracional e em cumprimento de medida socioeducativa um atendimento digno, que possa auxiliá-los(as) na construção de novas trajetórias de vida.

Nessa lógica, é urgente que seja firmado um pacto pela construção de uma sociedade mais justa, na qual os corpos de adolescentes não precisem apenas resistir, mas que eles(as) existam em sua plenitude e potência, como sujeitos de direitos que são. Assim, mostra-se urgente a necessidade de aprofundar o debate sobre adolescentes, saúde mental e Sistema Socioeducativo no país, para que seja possível a tessitura conjunta de uma rede capaz de atendê-los(as) em sua diversidade. É necessário construir saídas, alinhadas à Constituição Federal, para impasses colocados pelas desigualdades, e que, ao mesmo tempo em que responsabilizem os(as) adolescentes, assegurando sua autonomia e protagonismo, possam garantir seus direitos, já que é esse o fundamento do ECA e do próprio Sinase. Nesse sentido, é prioritário que as adolescências e juventudes sejam colocadas no centro dos debates, para que o pacto civilizatório proposto na Declaração Universal dos Direitos humanos e na Convenção sobre os Direitos da Criança seja reafirmado e efetivamente cumprido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P.; NUNES, M. DE O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *In*: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067–2074, 2018.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. "De volta à cidade, sr. cidadão!" — reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *In*: **Revista de Administração Pública**, v. 52, n. 6, p. 1090–1107, 2018.

BATISTA, V. M. **Difíceis ganhos fáceis**: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Freitas Bastos/Instituto Carioca de Criminologia, 1998.

BORGES, J. **O que é encarceramento em massa?** Coordenação Djamila Ribeiro. Belo Horizonte: Letramento: Justificando, 2018.

BRASIL. **Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012**. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. **Mecanismo Nacional De Prevenção e Combate à Tortura**. Adolescentes Privadas de Liberdade — Relatório de missão conjunta ao Ceará, Distrito Federal, Paraíba e Pernambuco (2018). Brasília: MNPCT, 2019. Disponível em: https://mnpctbrasil.wordpress.com/wp-content/uploads/2020/03/relatc393rio-adolescentes-privadas-de-liberdade.pdf. Acesso em: 20 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS**: tecendo redes para garantir direitos. Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações básicas para a atenção integral em saúde mental de adolescentes em conflito com a lei.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF), 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XVII - Política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória. Diário Oficial da União, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei**: instrutivo para a implantação e implementação da Pnaisari. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério de Direitos Humanos e Cidadania. **Levantamento Nacional de Dados do Sinase** — 2023. Brasília: MDHC, 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.216, 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial**. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps. Acesso em: 25 set. 2024.

CIFALI, Ana Claudia. **As disputas pela definição da justiça juvenil no Brasil:** atores, racionalidades e representações sociais. 2019. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2019.

COMISSÃO PARA DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CDSS). **Redução das desigualdades no período de uma geração**. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, Organização Mundial da Saúde, 2010. Disponível em: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789248563706_por.pdf. Acesso em: 17 set. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, CONSELHO NACIONAL DA OAB. **Inspeção nacional às unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei**. Brasília: CFP, OAB; 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas** — Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; 2017. Brasília (DF): 2018. Disponível em: https://site.cfp.org.br/lancamento-do-relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/. Acesso em: 14 set. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Censo Nacional de Práticas de Leitura no Sistema Socioeducativo**. Brasília: CNJ, 2023. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/censo-leitura-socio/. Acesso em: 20 set. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Manual de orientação técnica para preenchimento do Cadastro Nacional de Inspeção em Unidades e Programas Socioeducativos (CNIUPS)**. Brasília: CNJ, 2022. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/guia-cniups-fechado/. Acesso em: 20 set. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Manual Resolução CNJ 77/2009**: inspeções judiciais em unidades de atendimento socioeducativo. Brasília: CNJ, 2022. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/04/manual-inspecao-judicial-uas-digital.pdf.Acesso em: 20 set. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023**. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei nº 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Brasília: CNJ, 2023.

COSTA, N. DO R.; SILVA, P. R. F. DA. A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. *In*: **Ciência e saúde coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1467–1478, 2017.

CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. In: **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020.

DA SILVA, Paulo Roberto Fagundes; GAMA, Fabiana Lozano; COSTA, Nilson do Rosário. Atenção em saúde mental para adolescentes femininas em Unidades Socioeducativas: dilemas de governança e medicalização. *In*: **Saúde em Debate**, v. 43, n. especial 7 dez, p. 62–74, 2022. Disponível em: https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/2407. Acesso em: 14 set. 2024.

DAMASCENO; Marizete Gouveia. ZANELLO, Valeska M. Loyola. Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 3, 450-464, jul-set 2018.

DAVIS, Angela. **Estarão as prisões obsoletas?** Rio de Janeiro: Difel, 2020.

FIOCRUZ. **Panorama da situação de saúde de jovens brasileiros:** Intersecções entre Juventude, Saúde e Trabalho: 2016 a 2022. Organizado por Bianca Leandro, André Sobrinho e Helena Abramo. – Rio de Janeiro: EPSJV / Cooperação Social da Presidência / Fiocruz / SUS / MS / Governo Federal Brasil União e Reconstrução, 2024.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf. Acesso em: 15 set. 2024.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Atlas das Juventudes** (2021). Brasília. 2022. Disponível em: www.atlasdasjuventudes.com.br . Acesso em: 14 set. 2024.

MELOSSI, Dario; PAVARINI, Massimo. **Cárcere e fábrica:** as origens do sistema penitenciário (séculos XVI-XIX). Rio de Janeiro: Revan, 2006.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M. DE. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *In*: **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. suppl 1, p. 101–108, 2009.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Reforma psiquiátrica e atenção psicossocial: contextualização sócio-histórica, desafios e perspectivas. *In*: **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 4, n. 9, p. 52–71, 2013. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68690. Acesso em: 20 set. 2024.

OMS. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World mental health report:** transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization, 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

PASSOS, R. G. As expressões do racismo na saúde mental da população negra. **Direitos Humanos, saúde mental e racismo:** diálogos à luz do pensamento de Frantz Fanon. Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://defensoria.rj.def.br/uploads/arquivos. Acesso em: 20 set. 2024.

PERMINIO, H. B. *et al.* Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade: uma análise de sua implementação. *In:* **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 9, p. 2859–2868, set. 2018.

PIRES, R. R. *et al*. O cuidado em saúde mental e a participação política de usuários e familiares na ressignificação do estigma sobre os transtornos mentais. *In*: **Physis** (Rio de Janeiro, Brazil), v. 33, 2023.

UNICEF. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **The State of the World's Children 2021**: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health. New York: UNICEF, October 2021.

VICENTIN, Maria Cristina. Saúde mental no contexto de privação da liberdade. *In*: **Caderno de Debates:** Visitas institucionais à Fundação Casa São Paulo. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. São Paulo: CRP SP, 2016.

IV

Experiências Internacionais na Atenção e no Cuidado às Pessoas em Sofrimento Mental com conflito com a Lei

PARÂMETROS PROTETIVOS INTERNACIONAIS DE DIREITOS HUMANOS

Flávia Piovesan[1]

1. Introdução

Este artigo adota como ponto de partida o caso Damião Ximenes Lopes contra o Brasil, que constitui a primeira sentença condenatória contra o Estado brasileiro, proferida em 4 de julho de 1996, em virtude de maus-tratos sofridos pela vítima, portadora de transtorno mental em clínica psiquiátrica no Ceará. É à luz desse caso que foi instituído um Grupo de Trabalho (GT) do Caso Ximenes Lopes, no âmbito do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por iniciativa da Unidade de Monitoramento e Fiscalização das Decisões da Corte Interamericana (UMF). Uma das propostas do GT foi realizar um seminário internacional de saúde mental, visando debater os desafios da luta antimanicomial no Brasil, bem como da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, nos termos da Resolução CNJ nº 487/2023.

Ambiciona este artigo enfocar os parâmetros protetivos internacionais de direitos humanos concernentes às pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei.

É a partir desta análise que será desenvolvido o exame da Resolução CNJ nº 487 de 2023, que institui a Política Antimanicomial no Poder Judiciário, seus desafios e perspectivas.

2. O impacto do Caso Damião Ximenes Lopes contra o Brasil

No âmbito dos casos contenciosos, a Corte proferiu a primeira sentença condenatória contra o Brasil em 4 de julho de 2006, no caso Damião Ximenes Lopes, em virtude de maus-tratos sofridos pela vítima, portadora de transtorno mental, em clínica psiquiátrica no Ceará, a Casa de

1 Procuradora do Estado de São Paulo. Professora Doutora em Direito Constitucional e Direitos Humanos da PUC-SP; Professora dos Programas de Graduação e Pós-Graduação da PUC-SP; visiting fellow do Human Rights Program da Harvard Law School (1995 e 2000); visiting fellow do Centre for Brazilian Studies da University of Oxford (2005); visiting fellow do Max Planck Institute for Comparative Public Law and International Law (Heidelberg – 2007; 2008; 2015-2023); Humboldt Foundation Georg Forster Research Fellow no Max Planck Institute (Heidelberg – 2009-2014); e Lemman visiting scholar do David Rockefeller Center for Latin America Studies da Harvard University (2018). Foi membra da UN High Level Task force for the implementatiton of the right to development e do OAS Working Group para o monitoramento do Protocolo de San Salvador em matéria de direitos econômicos, sociais e culturais. Foi membra da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (2018 a 2021) e ex-vice-presidente da Comissão Interamericana (2020-2021). Em 2022 recebeu o Georg Forster Humboldt Research Award. É Coordenadora Científica da Unidade de Monitoramento e Fiscalização das Decisões da Corte Interamericana no Conselho Nacional de Justiça (UMF/CNJ). Este artigo compartilha reflexões apresentadas no "Seminário Internacional de Saúde Mental: Possibilidades para a efetivação da Política Antimanicomial na interface com o Poder Judiciário", organizado pelo Conselho Nacional de Justiça e pelo Tribunal de Justiça do Paraná, realizado em junho de 2023.

Repouso Guararapes. A decisão da Corte responsabilizou o Brasil pela violação aos direitos à vida (art. 4º), à integridade física (art. 5º), às garantias judiciais (art. 8º) e à proteção judicial (art. 25), todos enunciados na Convenção Americana, uma vez que a vítima, pela violência sofrida, faleceu três dias após a sua internação na clínica[2].

O caso Ximenes Lopes foi a primeira ocasião em que a Corte se pronunciou sobre violações a direitos de pessoas com transtornos mentais. Destaca-se que a clínica era um hospital privado de saúde contratado pelo Estado para prestar serviços de atendimento psiquiátrico, sob a direção do Sistema Único de Saúde. Na sentença, a Corte salientou que é dever dos Estados regular e fiscalizar instituições que prestem serviços de saúde, sejam estas públicas ou privadas que prestem serviços públicos.

Durante a audiência pública realizada pela Corte Interamericana, o Estado brasileiro manifestou reconhecimento parcial de responsabilidade — quanto aos fatos relativos aos maus-tratos e à morte de Damião Ximenes Lopes, à falta de prevenção para superar as condições que encadearam sua morte e à precariedade do sistema de atenção à saúde mental —, o que foi levado em consideração pela Corte ao decidir sobre sua responsabilidade internacional.

Em relação aos direitos à vida e à integridade pessoal, entendeu a Corte que o Estado faltou com seus deveres de respeitar e proteger direitos e prevenir violações em relação a Damião Ximenes Lopes, sobretudo dada a especial situação de vulnerabilidade das pessoas com transtorno mental.

Quanto aos seus familiares, a Corte considerou que sofreram profunda angústia e tristeza, razão pela qual o Estado também violara o art. 5º em prejuízo destes. No que diz respeito às garantias judiciais e à proteção judicial, concluiu a Corte que as investigações sobre mortes violentas exigem especial e devida diligência por parte das autoridades estatais. No caso, constatou-se demora na condução das investigações e uma série de atos de negligência. Também no âmbito do processo penal, houve demora injustificada atribuível tão somente às condutas das autoridades judiciais. Portanto, a falta de um recurso efetivo disponível aos familiares de Damião Ximenes Lopes prejudicou seu direito de acesso à Justiça.

No âmbito das reparações, a Corte ressaltou que a sentença constitui *per* se uma forma de reparação e determinou ao Estado: a) garantir, em um prazo razoável, que o processo interno destinado a investigar e a sancionar os responsáveis pelos fatos surta seus devidos efeitos; b) publicar trecho da sentença no Diário Oficial e em outro jornal de ampla circulação nacional; c) continuar a desenvolver um programa de formação e capacitação para o pessoal médico, de psiquiatria e psicologia, de enfermagem e auxiliares de enfermagem e para todas as pessoas vinculadas ao atendimento de saúde mental, em especial sobre os princípios que devem reger o trato das pessoas portadoras de deficiência mental, conforme os padrões internacionais sobre a matéria; d) pagar

2 Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, Sentença de 4 de julho de 2006, Série C, nº 150.

aos familiares da vítima, a título de indenização por dano material e imaterial, as quantias fixadas; e e) pagar as custas e gastos gerados no âmbito interno e no processo internacional.

Em cumprimento à decisão, o Estado brasileiro publicou a sentença da Corte Interamericana no Diário Oficial da União, bem como assegurou o pagamento de indenização aos familiares da vítima[3].

No que tange ao dever de investigar, processar e julgar os responsáveis pelos fatos que deram origem ao caso, foi emitida sentença penal condenatória mediante a qual se reconheceu que a vítima sofreu maus-tratos com o resultado de morte por conta de omissões dos funcionários da clínica. Foram interpostos recursos em face da decisão. Em segunda instância, houve a requalificação do delito apenas para maus-tratos. Tendo em vista a prescrição da pretensão punitiva segundo o Direito brasileiro, o processo foi arquivado em 2013.

Finalmente, quanto à capacitação do pessoal vinculado ao atendimento de saúde mental em hospitais psiquiátricos, o Estado tem adotado diferentes iniciativas ao longo dos anos, com vistas a difundir os princípios internacionais que regem o trato de pessoas com deficiência.

Destaca-se, ademais, que, em Resolução de 28 de janeiro de 2021, a Corte Interamericana convidou o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) a prestar informações sobre a supervisão do cumprimento da sentença como "outra fonte de informação", nos termos do art. 69.2 de seu Regulamento. Essa foi a primeira oportunidade de participação do CNJ como entidade autônoma perante a Corte, o que se manteve na supervisão de outros casos.

3. Parâmetros protetivos internacionais de direitos humanos concernentes às pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei

Os parâmetros protetivos internacionais de direitos humanos convergem na necessidade de adoção de um novo paradigma para tratar as pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei, baseado no "*human rights approach*".

Incorporar o "*human rights approach*" no trato das pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei compreende a adoção dos estândares protetivos às pessoas com deficiência, sob o enfoque da saúde mental e dos direitos humanos.

Três são os pilares essenciais a inspirar esse novo paradigma radicado no "*human rights approach*": 1) a desinstitucionalização; 2) o apoio e suporte de base comunitária; e 3) a participação das pessoas com deficiência, por meio do fomento de vida independente e inclusão na sociedade. A esse respeito, cabe destaque às diretrizes (*guidelines*) e à *soft jurisprudence* (Gene-

3 Observe-se que a sentença da Corte foi publicada no *Diário Oficial da União* nº 30, de 12 de fevereiro de 2007, p. 4-7. Quanto ao pagamento de indenização por meio do Decreto nº 6.185, de 13 de agosto de 2007, o Estado brasileiro efetuou o pagamento de indenização correspondente ao valor de aproximadamente 280 mil reais aos familiares da vítima Damião Ximenes Lopes. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6185.htm (acesso em 3/4/2008).

ral Comments) do Comitê da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (*Committee on the Rights of Persons with Disabilities*): *Guidelines on deinstitutionalization, including in emergencies* (CRPD/C/5, 10 de outubro de 2022); *Guidelines on the right to liberty and security of persons with disabilities*, art. 14 (adopted by the Committee at its fourteenth session, de 17 agosto a 4 de setembro de 2015, A/72/55, Annex, p. 16); *General comment nº 5 (2017) on living independently and being included in the community*.

No mesmo sentido, o *Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, em seu relatório apresentado ao Conselho de Direitos Humanos da ONU (**A/HRC/44/48**), enfatizou a necessidade de uma agenda global para a saúde mental sob o enfoque em direitos humanos (*a global agenda for mental health that is human rights-based*), com recomendações aos Estados e à Organização Mundial de Saúde. Externou ainda sua preocupação com o uso excessivo de "*biomedical treatments and non-consensual measures*", que impede a realização do direito à saúde mental. Insistiu na ideia de um "*recovery- and community-based model*", a promover a inclusão social, com base em "*rights-based treatments and psychosocial support*". Ressaltou, adicionalmente, que a saúde mental deve ter centralidade nas políticas públicas de saúde, com respeito à dignidade humana e à igualdade e não discriminação.

Em 2016, o Conselho de Direitos Humanos da ONU, por meio da Resolução A/HRC/RES/32/18, reconheceu a necessidade de integrar plenamente a perspectiva de direitos humanos na saúde mental e nos serviços comunitários, a fim de combater a violência e a discriminação, promovendo a inclusão e a participação das pessoas em sofrimento mental. Em 2017, por meio da Resolução A/HRC/RES/36/13, o Conselho de Direitos Humanos da ONU expressou o dever dos Estados de prover serviços efetivos de saúde mental e outros serviços de base comunitária, no sentido de proteger, promover e respeitar o exercício dos direitos à liberdade e à segurança pessoal, fomentando uma vida com independência e inclusão social.

Em 2020, o Conselho de Direitos Humanos, por meio da Resolução A/HRC/RES/43/13, insta os Estados a promover uma mudança de paradigmas na saúde mental, adotando e implementando marcos normativos, políticas públicas e novas práticas relativas à saúde mental, em conformidade com a Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

4. A Política Antimanicomial no poder Judiciário: a Resolução CNJ nº 487 de 2023

A fim de incorporar uma mudança de paradigmas na saúde mental, adotando e implementando novas práticas, em conformidade com a Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, é que o Conselho Nacional de Justiça adota a Resolução CNJ nº 487, em 2023.

A medida institui a Política Antimanicomial no Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência.

Considerando os princípios da dignidade humana e, especialmente, os direitos fundamentais à saúde, ao devido processo legal e à individualização da pena, e reconhecendo as vulnerabilidades acrescidas e interseccionalidades das pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei, a Resolução ambiciona assegurar direitos fundamentais a estas pessoas, enunciando diretrizes a reger seu tratamento no âmbito da jurisdição penal.

Dentre as diretrizes e princípios consagrados no art. 3° da Resolução, destacam-se: a) o respeito pela dignidade humana, singularidade e autonomia da pessoa; b) o respeito à diversidade com a vedação a todas as formas de discriminação e estigmatização; c) a proibição da tortura, maus-tratos, tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes; d) a adoção de uma política antimanicomial na execução da medida de segurança; e) o fomento à reabilitação psicossocial por meio da inclusão social; f) o direito à sáude integral, privilegiando-se o cuidado em ambiente terapêutico em estabelecimento de saúde de caráter não asilar, com vedação aos meios de conteção física, mecânica ou farmacológica desproporcial ou prolongada, excessiva medicalização, isolamento compulsório; e g) a articulação interinstitucional permamente do Poder Judiciário com as redes de atenção à sáude e socioassistenciais.

Em seu art. 16, a Resolução enuncia diretrizes à autoridade judicial visando à desinstitucionalização e recomendando, sempre que possível, em qualquer fase processual, a derivação de processos criminais que envolvam pessoas com transtorno mental para programas comunitários ou judiciários de Justiça Restaurativa, a partir das vias consensuais alternativas, intencionando a desinstitucionalização, nos termos do art. 19 da referida Resolução.

5. Conclusão

Se os parâmetros protetivos internacionais de direitos humanos convergem na necessidade de um novo paradigma para tratar as pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei, baseado no "*human rights approach*", a Resolução CNJ nº 487 de 2023 constitui um extraordinário avanço civilizatório, ao incorporar plenamente tais parâmetros protetivos internacionais no âmbito do Poder Judiciário.

Os três pilares essenciais a inspirar este novo paradigma radicado no "*human rights approach*" — a desinstitucionalização; o apoio e suporte de base comunitária; e a participação das pessoas com deficiência, por meio do fomento de vida independente e inclusão na sociedade — são os vetores que inspiram a Resolução CNJ nº 487 transversalmente, como bem demonstram as diretrizes e princípios consagrados no seu art. 3°. Reitere-se ter sido a Resolução fruto do GT do CNJ dedicado ao caso Ximenes Lopes, simbolizando, por si só, o impacto transformador do sistema interamericano no âmbito nacional.

Por fim, ao instituir a Política Antimanicomial no Poder Judiciário e estabelecer procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, a Resolução do CNJ nº 487 de 2023, sob o "*human rights approach*", ambiciona proteger direitos e transformar realidades, tendo como centralidade a dignidade inerente a toda e qualquer pessoa, bem como seu valor único e infinito.

A PROTEÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA PSICOSSOCIAL NO SISTEMA INTERAMERICANO DE DIREITOS HUMANOS

Natália Faria Resende Castro [1]

O presente trabalho objetiva sistematizar os parâmetros protetivos interamericanos em relação aos direitos das pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei e analisar o impacto da sentença da Corte Interamericana de Direitos Humanos no caso Ximenes Lopes vs. Brasil.

O Sistema Interamericano de Direitos Humanos é um sistema regional de proteção dos direitos humanos que se iniciou formalmente com a aprovação da Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem na Nona Conferência Internacional Americana, realizada em 1948, ocasião em que foi adotada também a própria Carta da Organização dos Estados Americanos (OEA), que afirma os direitos fundamentais da pessoa humana como um dos princípios fundadores da Organização e cria a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH).

Seu principal instrumento é a Convenção Americana de Direitos Humanos (CADH), ou Pacto de San José da Costa Rica, de 1969, juntamente ao Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos na Área de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ou Pacto de San Salvador, de 1988.

Em relação aos direitos das pessoas com deficiência, o primeiro marco normativo no SIDH dedicado especificamente ao tema foi a "Convenção Interamericana sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência", de 1999, promulgada pelo Brasil por meio do Decreto nº 3.956/2001.

Já na jurisprudência interamericana, a primeira sentença que lidou com o tema da deficiência psicossocial foi aquela emitida em 2006 no caso Ximenes Lopes vs. Brasil, primeira condenação do Estado brasileiro perante a Corte Interamericana de Direitos Humanos[2].

1 Natália Faria Resende Castro é bacharel em Direito pela Universidade de Brasília (UnB). É assistente de gestão e ações transversais do Programa Fazendo Justiça e atua na Unidade de Monitoramento e Fiscalização das Decisões do Sistema Interamericano de Direitos Humanos (UMF/CNJ).

2 CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 4 jul. 2006. San Jose, Serie C, nº 149. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf.

Em síntese, o caso versa sobre a responsabilidade internacional do Brasil pela violação ao direito à vida, à integridade física de Damião Ximenes Lopes e o direito às garantias judiciais e à proteção judicial dos seus familiares, em razão de o Estado não ter julgado os responsáveis pela morte de Damião Ximenes Lopes, falecido em 4 de outubro de 1999, três dias após o seu ingresso em unidade médica de saúde mental, com sinais de maus-tratos e tortura.

No caso, a Corte reconheceu a especial situação de vulnerabilidade das pessoas em sofrimento mental institucionalizadas:

> *106. Com relação à salvaguarda da vida e da integridade pessoal, é necessário considerar que as pessoas portadoras de deficiência que vivem em instituições psiquiátricas ou nelas são submetidas a tratamento são especialmente vulneráveis à tortura ou a outras formas de tratamento cruel, desumano ou degradante. A vulnerabilidade intrínseca das pessoas portadoras de deficiência mental é agravada pelo alto grau de intimidade que caracteriza o tratamento das doenças psiquiátricas, que torna essas pessoas mais suscetíveis a tratamentos abusivos quando submetidas à internação (§ 129 infra).*

Ademais, destacou os principais parâmetros interpretativos do art. 5º da Convenção Americana de Direitos Humanos (CADH) em relação ao tema, quais sejam: (i) a autonomia da pessoa com deficiência e o respeito à excepcionalidade da internação voluntária; (ii) o dever do Estado de zelar, quando houver internação, pela boa condição do estabelecimento público ou privado; (iii) a excepcionalidade da utilização de contenção mecânica e sua adoção pelos meios menos restritivos; e (iv) observância do melhor interesse do paciente[3].

Além disso, na referida sentença, a Corte dialoga com importantes instrumentos do sistema global de proteção de direitos humanos, como os *Princípios para a Proteção das Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental*, da ONU, citados como referência para observância de cuidados mínimos e condições de internação dignas:

> *131. Os Princípios para a Proteção dos Doentes Mentais e para a Melhoria do Atendimento de Saúde Mental, das Nações Unidas, oferecem um guia útil para determinar se o atendimento médico observou os cuidados mínimos com vistas à preservação da dignidade do paciente. Os princípios 1, 8 e 9 estabelecem as liberdades fundamentais*

3 CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Sumário Executivo Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Coordenadores Luis Geraldo Sant'ana Lanfredi, Isabel Penido de Campos Machado e Valter Shuenquener de Araújo. – Brasília: CNJ, 2021. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/07/Sum%C3%A1rio-Executivo-Caso-Ximenes-Lopes-vs-Brasil-21.06.30.pdf.

e os direitos básicos e as normas de atendimento médico e do tratamento a ser prestado às pessoas portadoras de deficiência mental. Ademais, o lugar e as condições físicas em que se desenvolve o tratamento devem estar de acordo com o respeito à dignidade da pessoa, de acordo com o princípio 13.

132. A Corte considera que as precárias condições de funcionamento da Casa de Repouso Guararapes, tanto as condições gerais do lugar quanto o atendimento médico, se distanciavam de forma significativa das adequadas à prestação de um tratamento de saúde digno, particularmente em razão de que afetavam pessoas de grande vulnerabilidade por sua deficiência mental, e eram per se incompatíveis com uma proteção adequada da integridade pessoal e da vida.

Ainda no âmbito do Sistema Interamericano de Direitos Humanos (SIDH), citam-se os *Princípios e boas práticas para a proteção das pessoas privadas de liberdade nas Américas* (2007), que reconhece a "especial situação de vulnerabilidade das pessoas com deficiência mental privadas de liberdade em hospitais psiquiátricos e em instituições penitenciárias"[4].

Segundo o documento, os Estados devem adotar uma série de "medidas especiais para as pessoas com deficiência mental", a fim de "garantir a gradual desinstitucionalização dessas pessoas e a organização de serviços alternativos que possibilitem o cumprimento de objetivos compatíveis com um sistema de saúde e uma atenção psiquiátrica integral, contínua, preventiva, participativa e comunitária".

Internamente, os princípios basilares da reforma psiquiátrica apresentam a mesma ênfase na desinstitucionalização e no cuidado comunitário e participativo.

A Lei nº 10.216/2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, vedando expressamente a internação dessas pessoas em instituições com características asilares como manicômios judiciários e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs).

O caso Ximenes Lopes se tornou um símbolo de promoção da Lei 10.216/2001, de modo que "Ximenes Lopes está para o debate nacional sobre saúde mental assim como o caso Maria da Penha está para o combate à violência doméstica e a Lei 11.340/2006"[5].

4 COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Princípios e boas práticas para a proteção das pessoas privadas de liberdade nas Américas. OEA/Ser.L/V/II.131 Doc. 38 13 março 2008 Original: espanhol. Disponível em: https://www.cidh.org/pdf%20files/PRINCIPIOS%20PORT.pdf.

5 CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Sumário Executivo Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Coordenadores Luis Geraldo Sant'ana Lanfredi, Isabel Penido de Campos Machado e Valter Shuenquener de Araújo. – Brasília: CNJ, 2021. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/07/Sum%C3%A1rio-Executivo-Caso-Ximenes-Lopes-vs-Brasil-21.06.30.pdf.

Além disso, inspirou a criação do GT do CNJ Caso Ximenes Lopes *vs.* Brasil[6], instituído no âmbito do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e coordenado pela Unidade de Monitoramento e Fiscalização das Decisões do Sistema Interamericano de Direitos Humanos, para a realização de estudos e medidas voltadas à superação das dificuldades relativas à promoção da saúde mental e ao monitoramento das medidas de cumprimento da referida sentença.

O GT teve como um dos resultados a propositura da Resolução CNJ nº 487/2023[7], que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei nº 10.216/2001 no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.

A normativa considera um conjunto robusto de normativas e documentos internacionais, como a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (2006), a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (1984) e seu Protocolo Facultativo (2002), a Resolução nº 32/18, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (2016), o Relatório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos das Nações Unidas, apresentado na 34ª Sessão da Assembleia Geral da ONU em janeiro de 2017, além da própria sentença do Caso Ximenes Lopes *vs.* Brasil.

Verifica-se, portanto, que a sentença interamericana desempenhou papel fundamental na promoção da proteção das pessoas com deficiência psicossocial, representando um marco histórico ao reconhecer a vulnerabilidade acentuada dessas pessoas, especialmente aquelas institucionalizadas e sob custódia do Estado, e estabelecendo parâmetros para a proteção de sua integridade pessoal.

Sob inspiração da sentença, foi impulsionada a efetivação da Lei nº 10.216/2001 e a criação do Grupo de Trabalho do CNJ, que resultou na publicação da Resolução nº 487/2023. Essas medidas refletem um esforço para alinhar o Sistema Jurídico brasileiro aos compromissos internacionais assumidos, consolidando uma Política Antimanicomial do Poder Judiciário que prioriza a atenção integral e o cuidado em saúde mental de base comunitária, em conformidade com um paradigma de proteção dos direitos fundamentais.

6 CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Portaria nº 142 de 18 de maio de 2021. Institui Grupo de Trabalho para a realização de estudos e medidas voltadas à superação das dificuldades relativas à promoção da saúde mental. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3945.

7 CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução nº 487 de 15/02/2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei nº 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4960.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Princípios e boas práticas para a proteção das pessoas privadas de liberdade nas Américas.** OEA/Ser.L/V/II.131 Doc. 38 13 março 2008 Original: espanhol. Disponível em: https://www.cidh.org/pdf%20files/PRINCIPIOS%20PORT.pdf.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Sumário Executivo Caso Ximenes Lopes *vs.* Brasil.** Coordenadores Luis Geraldo Sant'ana Lanfredi, Isabel Penido de Campos Machado e Valter Shuenquener de Araújo. – Brasília: CNJ, 2021. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/07/Sum%C3%A1rio-Executivo-Caso-Ximenes-Lopes-vs-Brasil-21.06.30.pdf.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Portaria nº 142, de 18 de maio de 2021**. Institui Grupo de Trabalho para a realização de estudos e medidas voltadas à superação das dificuldades relativas à promoção da saúde mental. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3945.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023**. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei nº 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4960.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Ximenes Lopes *vs.* Brasil**. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 4 jul. 2006. San Jose, Série C, N. 149. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf.

O PAPEL DA UNIDADE DE MONITORAMENTO E FISCALIZAÇÃO DAS DECISÕES DO SISTEMA INTERAMERICANO DE DIREITOS HUMANOS (UMF/CNJ) NO CASO XIMENES LOPES VS. BRASIL

Isabelle Magalhães[1]

1. Introdução

O Caso Ximenes Lopes é paradigmático sob diversos aspectos: foi a primeira condenação do Estado brasileiro pela Corte Interamericana de Direitos Humanos e a primeira decisão da Corte a abordar a relevante questão dos direitos das pessoas com deficiência. Além disso, o precedente destaca-se como um dos casos acompanhados pela UMF/CNJ no contexto das sentenças brasileiras, resultando em avanços significativos no contencioso, gerando impacto direto e expressivo no debate sobre saúde mental e sua relação com o Poder Judiciário no Brasil.

Nesse contexto, a presente seção buscará demonstrar que os avanços alcançados a partir da atuação da Unidade de Monitoramento e Fiscalização das decisões do Sistema Interamericano de Direitos Humanos no caso em análise se revelam de grande importância não apenas no âmbito da sentença interamericana. Trata-se de avanços e impactos mais amplos, que estão sendo gerados na esfera de garantia de direitos das pessoas com deficiência. Assim, o artigo trará o contexto relativo ao Caso Ximenes Lopes, a atuação da UMF/CNJ no precedente em análise e os principais legados de tal atuação, que ainda estão em andamento.

2. A primeira sentença interamericana sobre violação dos direitos das pessoas com deficiência

O Caso Ximenes Lopes *vs.* Brasil representa a primeira decisão da Corte Interamericana de Direitos Humanos a tratar dos direitos das pessoas com deficiência. O processo refere-se à morte e aos maus-tratos sofridos por Damião Ximenes Lopes, então com 30 anos, enquanto estava internado

1 Doutoranda e Mestra em Direito pela Universidade de Brasília (UnB). Bacharel em Direito pela UnB, com período sanduíche na Université du Québec em Montréal. Assistente de Ações Transversais no Programa Fazendo Justiça, atuando na interface com a Unidade de Monitoramento e Fiscalização das decisões do Sistema Interamericano de Direitos Humanos do Conselho Nacional de Justiça (UMF/CNJ).

na Casa de Repouso Guararapes, Sobral, no estado do Ceará. Segundo a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, Ximenes Lopes, portador de deficiência mental, foi internado em 1º de outubro de 1999 nessa instituição privada conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS) para tratamento psiquiátrico. Durante sua internação, foi submetido a condições degradantes e desumanas, além de agressões físicas pelos funcionários. Ao longo da internação, ocorreu sua morte, sem o devido apoio médico para evitá-la. Ademais, a CIDH relata que houve a falta de investigação necessária, bem como de garantias judiciais — situação que acarretou um quadro de impunidade ao caso[2].

A Comissão Interamericana aceitou o caso em 9 de outubro de 2002, após a petição apresentada por Irene Ximenes Lopes, irmã de Damião Ximenes Lopes. Posteriormente, em 8 de outubro de 2003, a Comissão emitiu seu relatório de mérito, concluindo que o Estado brasileiro havia violado diversos direitos humanos[3]. Diante da falta de progresso na implementação das recomendações feitas, o caso foi encaminhado à Corte Interamericana de Direitos Humanos em 1º de outubro de 2004[4]. Durante os trâmites no Tribunal, o Estado brasileiro reconheceu parcialmente sua responsabilidade.

Na sentença proferida em 4 de julho de 2006, a Corte IDH lidou, pela primeira vez, com a temática das pessoas com deficiência. Ademais, declarou que o Estado brasileiro violou os arts. 4º (direito à vida), 5º (direito à integridade física), 8.1 (garantias judiciais) e 25.1 (proteção judicial), em relação às obrigações contidas no art. 1.1 da CADH (dever geral de respeito e garantia dos direitos consagrados), em detrimento do senhor Damião Ximenes Lopes. Declarou, adicionalmente, a violação do direito à integridade pessoal (art. 5º da CADH), às garantias judiciais (art. 8.1 da CADH) e à proteção judicial (art. 25.1 da CADH), em relação à obrigação geral de respeitar e garantir os direitos (art. 1.1 da CADH), em detrimento dos familiares de Ximenes Lopes.

Foram determinadas diversas condenações ao Estado brasileiro, quais sejam: reparações de caráter pecuniário — a título de indenização por dano material, imaterial e custas e gastos do processo; garantia de um processo interno para investigar e sancionar os responsáveis pelos fatos ocorridos; publicação, em Diário Oficial e em outro jornal de ampla circulação nacional, de parte da sentença interamericana; e continuidade de um programa de formação e capacitação voltado à equipe médica, bem como a todas as pessoas vinculadas ao atendimento de saúde mental no país — de modo a tratar os princípios sobre tratamento de pessoas portadoras de deficiência mental em consonância com os padrões internacionais, bem como os dispostos na sentença. Por fim, o

2 Houve prescrição da pretensão punitiva das pessoas investigadas, conforme o registrado na Resolução de 25 de janeiro de 2021, a qual trata da supervisão do cumprimento de sentença do caso.

3 CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 4 jul. 2006. San Jose: Série C, nº 149, p. 10. Disponível em: https://www. corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf. Acesso em: 2 jan. 2025.

4 COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Demanda de la Comisión Interamerícana de Derechos Humanos ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el Caso: Damiao Ximenes Lopes. Caso 12.237 contra la República Federativa del Brasil, 2004. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/ximenes/dcidh.pdf . Acesso em: 2 jan. 2025.

Tribunal determinou que o Brasil apresentasse um relatório contendo as medidas adotadas pelo Estado no prazo de um ano[5].

Durante a fase de supervisão do cumprimento da sentença, a Corte Interamericana emitiu seis resoluções. Na primeira, datada de 2 de maio de 2008, foi reconhecido o cumprimento das medidas referentes à publicação parcial da sentença no Diário Oficial e em outro meio de circulação nacional, além das reparações de natureza pecuniária[6].

A resolução também registrou a atuação do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que firmou um acordo de cooperação com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República e o Ministério da Justiça para monitorar eventuais atrasos no processo penal relacionado ao caso. O CNJ enviou um documento à Corregedoria do Tribunal de Justiça do Ceará, que concluiu não haver indícios de excesso de prazo ou conduta inadequada por parte do magistrado responsável pela ação. Ainda assim, o CNJ recomendou a adoção de medidas para garantir maior celeridade ao processo penal. Embora a Corte Interamericana tenha avaliado positivamente as ações do CNJ, o cumprimento dessa determinação não foi formalmente reconhecido[7]. Nas segunda e na terceira resolução, a Corte manteve a supervisão dos pontos resolutivos ainda estavam pendentes[8].

O cenário de cumprimento sofreu uma mudança significativa em 28 de janeiro de 2021, quando o Estado recebeu sua primeira e única condenação considerada não cumprida. Trata-se do ponto resolutivo sexto da sentença, que impunha ao Estado a obrigação de assegurar que a investigação e a responsabilização pelos fatos do caso produzissem os efeitos necessários. A Corte Interamericana constatou que o processo penal foi arquivado devido à prescrição e que a impunidade permaneceu, resultado de falhas na devida diligência e do excessivo tempo de investigação.

5 CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 4 jul. 2006. San Jose: Serie C, nº 149, pontos resolutivos 6-12. Disponível em: https://www. corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf. Acesso em: 2 jan. 2025.

6 Nesse sentido: CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Supervisión de Cumplimiento de Sentencia. Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos De 2 de mayo de 2008, ponto declarativo 1. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/supervisiones/ximenes_02_05_08.pdf . Acesso em: 2 jan. 2025.

7 "As gestões informadas pelo Brasil e avaliadas positivamente pela Corte nas referidas resoluções incluem: a assinatura de um Acordo de Cooperação Técnica celebrado entre o Ministério de Justiça, a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República e o Conselho Nacional de Justiça, o qual tinha entre seus objetivos promover uma maior celeridade na tramitação de casos perante o Poder Judiciário relacionados com violações de direitos humanos que se encontrem sob exame de sistemas internacionais de proteção"; a solicitação ao Conselho Nacional de Justiça para que "empreenda as ações necessárias para que o processo penal relacionado com a morte de Damião Ximenes Lopes seja resolvido com maior celeridade". CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Supervisión de Cumplimiento de Sentencia. Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 21 de septiembre de 2009, p. 3. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/supervisiones/ximenes_21_09_09.pdf. Acesso em: 2 jan. 2025.

8 CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Supervisión de Cumplimiento de Sentencia. Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 21 de septiembre de 2009, ponto declarativo 1. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/supervisiones/ximenes_21_09_09.pdf . Acesso em: 2 jan. 2025.

Além disso, o Tribunal avaliou que as medidas adotadas pelo Estado brasileiro foram tardias e insuficientes, levando ao encerramento da supervisão desse quesito[9].

Um aspecto relevante da quarta resolução analisada é o reconhecimento pela Corte da importância da participação de órgãos, instituições e tribunais nacionais no cumprimento das sentenças. O Tribunal enfatizou que tais atores possuem a capacidade de cobrar das autoridades públicas a implementação das medidas de reparação, além de oferecer suporte às vítimas, especialmente em casos que envolvem medidas de execução complexas. Destacou-se, em particular, o papel essencial do Supremo Tribunal Federal (STF) e do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), no âmbito do acordo de cooperação firmado entre o CNJ e a Corte Interamericana em dezembro de 2020[10].

Nesse contexto, com a criação da UMF/CNJ em 2021, a atuação da Unidade concentrou-se no cumprimento da determinação pendente relacionada à implementação de um programa de formação e capacitação sobre os direitos das pessoas com deficiência mental. Assim, a próxima seção deste artigo abordará as ações da UMF/CNJ referentes ao ponto resolutivo oitavo, considerado cumprido pela Corte em 25 de setembro de 2023[11].

2.2 A atuação paradigmática da UMF/CNJ no Caso Ximenes Lopes

O Caso Ximenes Lopes também é paradigmático do ponto de vista da atuação da UMF/CNJ. Conquanto as atividades desempenhadas pela Unidade em relação ao caso tenham iniciado, de fato, após a declaração de cumprimento da maioria dos pontos resolutivos, algumas medidas realizadas pela UMF/CNJ se revelam importantes para o contencioso, bem como para os impactos provocados na relação do Poder Judiciário com a temática de saúde mental.

A Unidade tem trabalhado colaborativamente com a Corte IDH desde sua instituição e o Caso Ximenes Lopes se revela emblemático também nesse sentido. Cita-se que a UMF/CNJ, em 21 de janeiro 2021, foi convocada pela Corte Interamericana para participar da Audiência Pública de Supervisão do caso Ximenes Lopes, ocorrida em 23 de abril de 2021. Na ocasião, a Unidade atuou

9 Quanto ao não cumprimento do ponto resolutivo: CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Supervisão de cumprimento de sentença. Resolução da Corte Interamericana de Direitos Humanos de 28 de janeiro de 2021. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/supervisiones/ximeneslopes_28_01_21_por.pdf. Acesso em: 2 jan. 2025.

10 Conforme disposto pela Resolução: "Em dezembro de 2020, a Corte firmou um convênio de cooperação com o Conselho Nacional de Justiça a fim de criar um espaço de trabalho conjunto entre ambas as instituições para a realização de programas de capacitação continua dirigido aos operadores judiciais brasileiros. Além disso, o Convênio permitirá a tradução das Sentenças da Corte ao idioma português, permitirá estágios de pesquisa por parte de juízes e juízas brasileiros na Corte Interamericana, bem como a realização de seminários e publicações." Ibid., p. 13.

11 CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Supervisão de cumprimento de sentença. Resolução da Corte Interamericana de Direitos Humanos de 25 de setembro de 2023, ponto declarativo 1. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/supervisiones/ximenes_lopes_25_09_23_por.pdf. Acesso em: 2 jan. 2025.

como fonte independente de informação, na forma do art. 69.2 do Regulamento do Tribunal[12], e se pronunciou sobre o último ponto resolutivo pendente de cumprimento[13]. Ademais, a UMF/CNJ publicou um Sumário Executivo relativo ao caso, sumarizando a situação, à época da publicação do documento, de cumprimento do caso, além de delineando formas de atuação do CNJ no caso e traçando um histórico de atividades do Conselho em relação à saúde mental[14].

Ainda, em um cenário de cooperação com o Tribunal Interamericano e, em aplicação ao art. 69.2 do Regulamento da Corte, a UMF/CNJ encaminhou, a pedido da Corte IDH, um relatório sobre o caso, que é de extrema importância por ser emitido por fonte independente de informação, além de ser prestado no escopo de atuação da Unidade, não se confundindo, portanto, com os posicionamentos das partes envolvidas no caso — peticionários ou Estado[15]. Ademais, a Unidade realizou a escuta ativa dessas partes para o cumprimento das solicitações realizadas pela Corte[16].

Uma das principais iniciativas da UMF/CNJ foi apresentada durante a audiência pública do caso. Na ocasião, o Coordenador da Unidade destacou a proposta de criação de um Grupo de Trabalho (GT) com o objetivo de desenvolver cursos de capacitação, podcasts e eventos de formação inicial e continuada, promovendo a especialização em saúde mental para integrantes do Sistema de Justiça e profissionais da saúde[17].

12 "2. A Corte poderá requerer a outras fontes de informação dados relevantes sobre o caso que permitam apreciar o cumprimento. Para os mesmos efeitos, poderá também requerer as perícias e relatórios que considere oportunos." CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Regulamento da Corte Interamericana de Direitos Humanos. Aprovado pela Corte no seu LXXXV Período Ordinário de Sessões celebrado de 16 a 28 de novembro de 2009. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/sitios/reglamento/nov_2009_por.pdf. Acesso em: 2 jan. 2025.

13 As manifestações da UMF/CNJ podem ser acessadas no Sumário Executivo do Caso Ximenes Lopes. Nesse sentido, ver: CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Relatório anual: Unidade de Monitoramento e Fiscalização das Decisões da Corte Interamericana de Direitos Humanos. Coords. Luis Geraldo Sant'ana Lanfredi, Isabel Penido de Campos Machado e Valter Shuenquener de Araújo. – Brasília: CNJ, 2021, p. 22-25.

14 CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Caso Ximenes Lopes vs Brasil: Corte Interamericana de Direitos Humanos: supervisão de sentença: sumário executivo. Coordenadores Luis Geraldo Sant'ana Lanfredi, Isabel Penido de Campos Machado e Valter Shuenquener de Araújo. – Brasília: CNJ, 2021. Disponível em: Acesso em: 2 jan. 2025.

15 "A partir del 2015, la Corte ha utilizado la facultad dispuesta en el artículo 69.2102 del Reglamento del Tribunal para solicitar información relevante sobre la ejecución de las reparaciones a "otras fuentes" que no sean las partes. Ello le ha permitido obtener información directa de determinados órganos e instituciones estatales que cumplen alguna competencia o función de relevancia para ejecutar la reparación o para exigir em nível interno que se ejecute. Esta información es distinta a la que brinda el Estado en su carácter de parte en el proceso en etapa de Supervisión de Cumplimiento." CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Informe Anual 2023. Documento em revisión. Disponível em: https://corteidh.or.cr/docs/informe2023/espanol.pdf. Acesso em: 2 jan. 2025.

16 Assim: CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Relatório anual: Unidade de Monitoramento e Fiscalização das Decisões da Corte Interamericana de Direitos Humanos. Coords. LANFREDI, Luís Geraldo Sant'Ana; MACHADO, Isabel Penido de Campos; ARAÚJO, Valter Shuenquener de. Brasília: CNJ, 2021, p. 13-14. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/12/umf-relatorio2021-v3-30112021.pdf. Acesso em: 2 jan. 2025.

17 Nesse sentido, ver: CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Caso Ximenes Lopes vs Brasil: Corte Interamericana de Direitos Humanos: supervisão de sentença: sumário executivo. Coords. LANFREDI, Luís Geraldo Sant'Ana; MACHADO, Isabel Penido de Campos; ARAÚJO, Valter Shuenquener de. Brasília: CNJ, 2021, p. 25. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2024/03/sumario-executivo-caso-ximenes-lopes-vs-brasil.pdf. Acesso em: 2 jan. 2025.

Como resultado dessa proposta, foi instituído o GT "para a realização de estudos e medidas voltadas à superação das dificuldades relativas à promoção da saúde mental"[18], pela Portaria CNJ nº 142, de 18 de maio de 2021. Assim, o GT passou a contar com a participação de representantes dos peticionários, autoridades públicas, especialistas em saúde mental, além de membros da sociedade civil e de organismos internacionais de saúde[19], sob a coordenação da UMF/CNJ.

Dessa forma, a atuação da Unidade no Caso Ximenes Lopes caracterizou-se por uma abordagem ampla e representativa, envolvendo diversos atores na busca por soluções eficazes para a promoção da saúde mental.

As atividades estavam diretamente relacionadas ao ponto resolutivo pendente de cumprimento, bem como aos parâmetros internacionais e interamericanos em matéria de saúde mental, dispostos na sentença do caso[20]. Tal constatação ocorre quando são analisados os objetivos do grupo, entre os quais se destacam (i) a realização de propostas de cursos de capacitação, além de um calendário anual de eventos de formações iniciais e continuadas que lecionem sobre parâmetros internacionais relativos ao tratamento de pessoas com deficiência psicossocial, destinados aos profissionais do Sistema de Justiça que lidam com o assunto; (ii) a elaboração de medidas voltadas à prevenção de tortura e outras formas de tratamento cruel, desumano e degradante no âmbito de internação psiquiátrica; e (iii) a realização de sugestões voltadas ao fortalecimento de equipamentos do SUS, em observância à Lei nº 10.216/2001, a qual "Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental"[21].

Como um dos resultados do GT, foi elaborada uma minuta de resolução voltada à consolidação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário e foram estabelecidos procedimentos e diretrizes para implementação da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, além da Lei 10.216/2001 no contexto do processo penal e da execução das medidas de segurança. O GT propôs ainda um seminário internacional sobre saúde mental, além da oferta de ações formativas[22]. Dentre as propostas realizadas pelo grupo, ressalta-se que a referida minuta

18 CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Portaria nº 142, de 18 de maio de 2021. Institui Grupo de Trabalho para a realização de estudos e medidas voltadas à superação das dificuldades relativas à promoção da saúde mental, 2021. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/compilado125756202106216 0d08cd41e52b.pdf. Acesso em: 2 jan. 2025.

19 CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Relatório de supervisão do cumprimento de sentença. Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, 2021. Disponível em: https://corteidh.or.cr/docs/supervisiones/escritos/ximenes_lopes_vs_brasil/Ximenes_20211123_CNJ.pdf. Acesso em: 2 de jan. 2025.

20 Sobre tais parâmetros, ver: CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Caso Ximenes Lopes vs Brasil: Corte Interamericana de Direitos Humanos: supervisão de sentença: sumário executivo. Coords. LANFREDI, Luís Geraldo Sant'Ana; MACHADO, Isabel Penido de Campos; ARAÚJO, Valter Shuenquener de. Brasília: CNJ, 2021, p. 25. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2024/03/sumario-executivo-caso-ximenes-lopes-vs-brasil.pdf. Acesso em: 2 jan. 2025.

21 BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 2 jan. 2025.

22 Ibid., p. 24.

foi aprovada, instituindo a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, por meio da Resolução CNJ nº 487/2023[23], tratada adiante.

Durante a audiência de cumprimento da sentença, em sua manifestação oral, a UMF/CNJ salientou a relevância da capacitação dos profissionais do Sistema de Justiça que atuam na área da saúde mental, assegurando que essa formação esteja alinhada aos padrões internacionais.

Nessa direção, foi realizado o Seminário Internacional de Saúde Mental: Possibilidades para a efetivação da Política Antimanicomial na interface com o Poder Judiciário, nos dias 15 e 16 de junho de 2023, com a organização do Conselho Nacional de Justiça e do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. Na ocasião, foram tratados diversos assuntos da Política Antimanicomial, assim como a temática dos princípios constitucionais de direitos humanos, além da implementação da sentença do Caso Ximenes Lopes[24].

No mesmo espírito de fortalecer as capacitações em saúde mental no Judiciário brasileiro, foram enviados ofícios a todas as Escolas de Magistratura dos Tribunais Estaduais e dos Tribunais Regionais Federais. Nos documentos, enfatizou-se a necessidade de regulamentar e incluir a proteção dos direitos das pessoas com deficiência mental e o atendimento de saúde mental como um tópico independente nos conteúdos programáticos de diversos cursos, incluindo os de ingresso na magistratura, formações iniciais e outros cursos para magistrados vitaliciandos e vitaliciados. A importância de alinhar essas capacitações aos tratados internacionais pertinentes foi também reiterada[25].

Essas iniciativas da UMF/CNJ, portanto, possibilitaram a disseminação, de modo interinstitucional e em nível nacional, dos parâmetros internacionais de direitos humanos relacionados à saúde mental. A próxima seção abordará como essas atividades têm gerado legados, não só no âmbito do Caso Ximenes Lopes, mas também no Poder Judiciário brasileiro.

3. O Caso Ximenes Lopes como possibilitador da regulamentação de uma política pública nacional

A atuação da UMF contribuiu, em grande medida, para um quadro de transformações no ambiente interno, principalmente por meio da regulamentação de uma política pública nacional. Como indicado acima, a atuação da Unidade concentrou-se no ponto resolutivo oitavo da sentença

23 CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução CNJ nº 487, de 15 de fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei nº10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança, 2023. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/original201523202302286 3fe60db44835.pdf . Acesso em: 2 jan. 2025.

24 CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Relatório Seminário Internacional de Saúde Mental: Possibilidades para a efetivação da política antimanicomial na interface com o Poder Judiciário 2023. Coords. MARTINS, Mauro Pereira; LANFREDI, Luís Geraldo Sant'Ana. Brasília: CNJ, 2023. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/09/relatorio-seminario-politica-antimanicomial-com-isbn.pdf . Acesso em: 2 jan. 2025.

25 Ibid., p. 14.

do Caso Ximenes Lopes. Essa medida faz parte das garantias de não repetição, que têm o objetivo de evitar que as violações observadas no caso em questão se repitam em situações futuras semelhantes. O objetivo é garantir que as ações adotadas tenham um impacto amplo, com repercussão pública. Essas medidas geralmente visam à resolução de problemas estruturais, beneficiando não apenas as vítimas do caso julgado pela Corte. Esse tópico, portanto, analisa como a UMF/CNJ abordou essa questão, destacando o impacto significativo que teve no Sistema de Justiça brasileiro, um impacto que continua em andamento.

Um dos grandes avanços para a população de saúde mental, alcançado mediante a colaboração da UMF/CNJ, foi a aprovação da Resolução CNJ nº 487/2023. Conforme acima disposto, a normativa é fruto de uma minuta proposta pelo Grupo de Trabalho Ximenes Lopes. Destaca-se que, na exposição de motivos da Resolução, é pontuado que a normativa é um esforço o qual "busca responder à sentença da Corte Interamericana de Direitos Humanos proferida no Caso Ximenes Lopes *vs.* Brasil, dado que o CNJ atua como mecanismo para implementação de deliberações de natureza internacional"[26]. Além disso, enfatizou-se que, para elaborar a Resolução, foram consideradas as normas internacionais que estabelecem os avanços nos direitos das pessoas com transtornos mentais ou deficiência psicossocial. Esse enfoque está alinhado com o que o Tribunal Interamericano frequentemente ressalta: a importância da disseminação dos tratados internacionais e interamericanos.

Aprovada a Resolução, o Poder Judiciário passou a viver um novo cenário em relação à saúde mental. Essa situação é caracterizada pela busca de aplicação das normas internacionais sobre saúde mental e pela implementação da Lei 10.216/2001, voltada a proteger os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, além de dispor sobre o modelo assistencial em saúde mental[27]. Entre as previsões da normativa aprovada pelo CNJ, destaca-se a criação de um Comitê Estadual Interinstitucional para Monitoramento da Política Antimanicomial dentro do Poder Judiciário, conforme o art. 20, inc. VI, com o objetivo de implementar a Política Antimanicomial no Judiciário e promover a desinstitucionalização. Trata-se de uma instância em funcionamento com diferentes instituições do Poder.

Para a realização da referida Política Pública, a Unidade, juntamente ao DMF/CNJ e ao Programa Fazendo Justiça, tem dialogado com outros Poderes. Destaca-se que, em outubro de 2023, o CNJ formou o Comitê Nacional Interinstitucional de Implementação e Monitoramento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário em interface com as Políticas Sociais (Conimpa), integrado por diferentes instituições do Poder Executivo e Judiciário que têm, dentre outras, a função de acom-

26 CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Exposição de Motivos, 2023, p. 1-2. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/07/exposicao-de-motivos-resolucao-cnj-n-487-2023-politica-antimanicomial-1.pdf. Acesso em: 2 jan. 2025.

27 BRASIL. Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 2 jan. 2025.

panhar a implementação da Política Antimanicomial no Poder Judiciário. Tal diálogo colabora para duas necessidades do Direito Internacional dos Direitos Humanos apontadas na introdução deste trabalho: a construção interinstitucional, no âmbito interno e externo, de vias para a garantia dos direitos humanos, de maneira dialógica; e a realização conjunta de uma análise empírica, para a construção de tais vias[28]. Trata-se de um diálogo interinstitucional com instituições competentes para a implementação das decisões interamericanas[29].

4. Conclusão

O Caso Ximenes Lopes *vs.* Brasil representa um marco crucial no reconhecimento dos direitos das pessoas com deficiência e na implementação das decisões da Corte Interamericana de Direitos Humanos. Nesse panorama, conclui-se que o caso é emblemático, também, do ponto de vista da atuação da UMF/CNJ conjuntamente ao Programa Fazendo Justiça e ao DMF/CNJ. Consiste na oportunidade de atuação em uma medida de não repetição que vem possibilitando avanços substanciais na matéria dos direitos das pessoas com deficiência no Brasil. São impactos internos percebidos além da sentença, advindos do processo de promoção e difusão dos parâmetros interamericanos, bem como de construção de ações voltadas à implementação das decisões em conjunto com diferentes atores institucionais e organizações da sociedade civil.

Trata-se de uma oportunidade de atuar em uma medida de não repetição, o que tem ensejado avanços significativos nos direitos das pessoas com deficiência no Brasil. Os impactos internos, percebidos além da sentença, são resultantes do processo de promoção e disseminação dos parâmetros interamericanos, bem como da construção de ações voltadas à implementação das decisões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 2 jan. 2025.

28 Sobre a necessidade de uma análise empírica, ver: GALINDO, George Rodrigo Bandeira. Dialogando na multiplicação: uma aproximação. In: Revista de Direito Internacional, Brasília, v. 9, n. 2, 2012, p. 6-8. Disponível em: https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/rdi/article/view/1851 . Acesso em: 2 jan. 2025.

29 Assim dispõe Piovesan: "Com a criação da UMF, o CNJ inaugurou estrutura especializada no diálogo institucional com o Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos (SIDH), visando contribuir para a plena implementação das decisões do sistema interamericano, bem como para o fortalecimento de uma cultura jurídica orientada pela proteção dos Direitos Humanos, conforme os termos de cooperação já firmados com a Corte Interamericana e a Comissão Interamericana de Direitos Humanos." PIOVESAN, Flávia. Temas de direitos humanos. 12 ed. São Paulo: SaraivaJur, 2023, p. 219.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Demanda de la Comisión Interamerícana de Derechos Humanos ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el Caso: Damiao Ximenes Lopes**. Caso 12.237 contra la República Federativa del Brasil, 2004. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/ximenes/dcidh.pdf. Acesso em: 2 jan. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Caso Ximenes Lopes *vs.* Brasil:** Corte Interamericana de Direitos Humanos: supervisão de sentença: sumário executivo. Coordenadores Luis Geraldo Sant'ana Lanfredi, Isabel Penido de Campos Machado e Valter Shuenquener de Araújo. Brasília: CNJ, 2021. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2024/03/sumario-executivo-caso-ximenes-lopes-vs-brasil.pdf . Acesso em: 2 jan. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Exposição de Motivos, 2023**. Brasília: CNJ. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/07/exposicao-de-motivos-resolucao--cnj-n-487-2023-politica-antimanicomial-1.pdf. Acesso em: 2 jan. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Portaria nº 142, de 18 de maio de 2021**. Institui Grupo de Trabalho para a realização de estudos e medidas voltadas à superação das dificuldades relativas à promoção da saúde mental. Brasília: CNJ, 2021. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/compilado1257562021062160d08cd41e52b.pdf. Acesso em: 2 jan. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Relatório anual**: Unidade de Monitoramento e Fiscalização das Decisões da Corte Interamericana de Direitos Humanos. Coords. LANFREDI, Luís Geraldo Sant'Ana; MACHADO, Isabel Penido de Campos; ARAÚJO, Valter Shuenquener de. Brasília: CNJ, 2021. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/12/umf--relatorio2021-v3-30112021.pdf . Acesso em: 2 jan. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Relatório de supervisão do cumprimento de sentença. Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, 2021**. Brasília: CNJ, 2021. Disponível em: https://corteidh.or.cr/docs/supervisiones/escritos/ximenes_lopes_vs_brasil/Ximenes_20211123_CNJ.pdf. Acesso em: 2 jan. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Relatório Seminário Internacional de Saúde Mental: Possibilidades para a efetivação da política antimanicomial na interface com o Poder Judiciário 2023. Coords. MARTINS, Mauro Pereira; LANFREDI, Luís Geraldo Sant'Ana. Brasília: CNJ, 2023. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/09/relatorio-seminario-politica-antimanicomial-com-isbn.pdf. Acesso em: 2 jan. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução CNJ nº 487, de 15 de fevereiro de 2023**. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes

para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei nº 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança, 2023. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/original20152320230228863fe60db44835.pdf. Acesso em: 2 de jan. 2025.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Ximenes Lopes *vs.* Brasil. Supervisión de Cumplimiento de Sentencia.** Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos De 2 de mayo de 2008. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/supervisiones/ximenes_02_05_08.pdf. Acesso em: 2 jan. 2025.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Ximenes Lopes *vs.* Brasil.** Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 4 jul. 2006. San Jose: Serie C, N. 149. Disponível em: https://www. corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf. Acesso em: 6 fev. 2024.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Ximenes Lopes *vs.* Brasil.** S**upervisión de Cumplimiento de Sentencia**. Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 21 de septiembre de 2009. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/supervisiones/ximenes_21_09_09.pdf. Acesso em: 2 jan. 2025.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Ximenes Lopes *vs.* Brasil**. Supervisão de cumprimento de sentença. Resolução da Corte Interamericana de Direitos Humanos de 17 de maio de 2010. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/supervisiones/ximenes_17_05_10_%20por.pdf. Acesso em: 2 jan. 2025.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Ximenes Lopes *vs.* Brasil.** Supervisão de cumprimento de sentença. Resolução da Corte Interamericana de Direitos Humanos de 28 de janeiro de 2021. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/supervisiones/ximeneslopes_28_01_21_por.pdf. Acesso em: 2 jan. 2025.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Ximenes Lopes *vs.* Brasil.** Supervisão de cumprimento de sentença. Resolução da Corte Interamericana de Direitos Humanos de 25 de setembro de 2023. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/supervisiones/ximenes_lopes_25_09_23_por.pdf. Acesso em: 2 jan. 2025.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Informe Anual 2023**. Documento em revisión. Disponível em: https://corteidh.or.cr/docs/informe2023/espanol.pdf. Acesso em: 2 jan. 2025.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Regulamento da Corte Interamericana de Direitos Humanos**. Aprovado pela Corte no seu LXXXV Período Ordinário de Sessões celebra-

do de 16 a 28 de novembro de 2009. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/sitios/reglamento/nov_2009_por.pdf. Acesso em: 2 jan. 2025.

GALINDO, George Rodrigo Bandeira. Dialogando na multiplicação: uma aproximação. **Revista de Direito Internacional**, Brasília, v. 9, n. 2, 2012. Disponível em: https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/rdi/article/view/1851. Acesso em: 2 jan. 2025.

PIOVESAN, Flávia. **Temas de direitos humanos**. 12 ed. São Paulo: SaraivaJur, 2023.

V

Desinstitucionalização e Inclusão: Perspectivas para uma Política Antimanicomial Comunitária

CUIDADO EM LIBERDADE: AVANÇOS NA INTERFACE ENTRE A SAÚDE MENTAL E O PODER JUDICIÁRIO

Fernanda Rodrigues da Guia[1], Rosemary Calazans Cypriano[2], Renata Nogueira Antum Gomes[3]

A Política Antimanicomial do Judiciário, fundada na Resolução CNJ nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, atualiza o debate sobre as mudanças dos paradigmas jurídicos e assistenciais em relação às pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental em privação de liberdade e submetidas ao cumprimento de medidas de segurança. Elencamos um caso atual com foco na rede intersetorial local na interface saúde e justiça, com premissa de que a complexidade de um caso diz muito sobre como o poder público está organizado para garantir direitos e promover a oferta de políticas públicas. O caso é construído a partir de vários olhares, incluindo sempre a escuta das pessoas sobre as quais se fala nos processos e nos prontuários, tendo em vistao cuidado em liberdade e a organização da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). A partir do caso, preparamos dois quadros-síntese com os atores envolvidos e uma breve análise de documentos elencados no processo judicial circunscrito ao caso.

A Resolução CNJ nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, é publicada no ano da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (5ª CNSM), maior evento de participação social do campo no Brasil, organizada para proposição de diretrizes e propostas que tenham repercussão no planejamento de políticas públicas. A 5ª CNSM abarca, dentre seus focos de debate, a "saúde mental no sistema prisional" no Eixo I - *Cuidado em Liberdade como Garantia de Direito à Cidadania* (Brasil, 2021). Neste contexto de amplo debate da sociedade civil, o estabelecimento de compromisso entre o Conselho Nacional de Justiça e o Ministério da Saúde, por meio inclusive da assinatura de protocolo de intenções com vistas à elaboração de um Plano Nacional de Desinstitucionalização, será crucial para potencializar soluções concretas que já estão em curso no território e outras que serão mobilizadas, sem perder de perspectiva as responsabilidades de cada setor envolvido. É preciso recorrer a tecnologias que qualifiquem as ações na interface saúde e justiça para evitar novas internações em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), bem como providenciar

1 Analista de Políticas Sociais, Ministério da Saúde. Coordenadora da Comissão de Formulação e Relatoria da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Participante do Grupo de Trabalho Ximenes Lopes, CNJ.
2 Assessora Especial de Gestão da Saúde Mental, Secretaria Municipal de Saúde de São Pedro da Aldeia, RJ.
3 Coordenadora Técnica do Serviço de Residência Terapêutica, Secretaria Municipal de Saúde de São Pedro da Aldeia, RJ.

acompanhamento na rede intersetorial de modo colaborativo. Durante o período de fechamento de HCTPs, a tendência é a intensificação dos processos de desinstitucionalização para encaminhar casos de pessoas egressas dessas instituições.

Inaugura-se então a perspectiva de abordar diretamente o direito à saúde em atendimento à Lei Federal nº 10.216/2001 e afastar demandas por análises técnicas fundadas na noção de "periculosidade" ou no estigma de "louco perigoso". Assim, somos instados a pensar: "quais as respostas possíveis por meio de políticas públicas, daqui para frente, para garantir o cuidado em liberdade às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei?" Essa reflexão nos convida a elencar elementos necessários para construção de soluções técnicas como: a avaliação psicossocial realizada por equipe multiprofissional; a escuta do sujeito, compreendendo a relevância de observar sua condição clínica atual e sua rede familiar e comunitária; e a adoção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como ferramenta de trabalho, sempre incluindo a participação do sujeito em sua construção.

Dessa forma, é conveniente buscar superar a repetição de questões isoladas e reducionistas cujo espírito é "onde colocar a pessoa em conflito com a lei?" ou "qual o medicamento prescrito?". Essas perguntas podem levar a respostas igualmente reducionistas como a privação de liberdade em instituições de caráter asilar — hospitais psiquiátricos e HCTP — ou a medicalização, com a replicação de receitas médicas desvinculadas de acompanhamento adequado e a reprodução de práticas de contenção da palavra do sujeito, características de práticas manicomiais. Uma questão que pode ser mais adequada para encontrar soluções compatíveis com a garantia de direitos, inclusive do cuidado em liberdade, seria: "Qual a rede de serviços da Saúde, da Assistência, da Educação e outros setores necessária para encaminhar este caso?" Assim, é preciso aprofundar o entendimento de como trabalhar numa rede intersetorial de modo a promover o cuidado integral.

Conforme orientação do manual no Ministério da Saúde *Tecendo redes para garantir direitos*:

> *A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas trabalha com a reorientação do modelo assistencial, antes hospitalocêntrico, em direção a uma rede diversificada de serviços de base comunitária e territorial. Sob os princípios do disposto na Lei Federal nº 10.216/2001, a rede caracteriza-se por diferentes ações e serviços que devem garantir o acesso a cuidados em saúde mental de forma ampliada, complexa e com importante articulação intersetorial, tendo como diretriz central a reinserção social (Brasil, 2014, p. 26 - 27).*
>
> *A mudança de modelo assistencial na Política de Saúde Mental envolve o fechamento de instituições de caráter asilar e a implantação de serviços de base comunitária que operem como rede de cuidado. "Trabalhar em rede é tecer possibilidades, aumentando as oportunidades de atuação dos indivíduos, dos profissionais e dos dispositivos de saúde numa crescente corrente de corresponsabilidade" (Brasil, 2011, p. 203).*

Além da estrutura de serviços que compõe a Raps, é fundamental que as equipes multiprofissionais disponham de *tecnologias leves* para o acesso à saúde, superando barreiras encontradas por pessoas em situação de vulnerabilidade social. Conforme Merhy (2014), as tecnologias classificadas como leves, que são as tecnologias de relações, de produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão de processos de trabalho são tecnologias que podem ser produtoras de vida. "Ainda de acordo com Merhy (2002), as tecnologias podem ser classificadas em leve quando abordamos relações, acolhimento, gestão de serviços; em leve-dura quando nos referimos aos saberes bem estruturados; e dura quando envolvem os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas e as normas" (Santos, 2016, p. 16).

O efeito da produção de vínculos na arena pública impacta tanto as atividades das políticas voltadas para população quanto os próprios processos de trabalho. Na gestão desses processos de organização em rede, em que o sujeito está colocado no centro, tanto a articulação intersetorial quanto a intrasetorial representam a dimensão do conceito das tecnologias do cuidado em saúde como sustentado por Emerson Merhy.

No caso que será apresentado, o trabalho na interface saúde e justiça incidiu na porta de entrada do HCTP, impedindo a continuidade tanto da internação no estabelecimento quanto dos danos por ela gerados para a vida do sujeito e sua rede familiar e comunitária. Nesse processo, em que a produção de vida precisou andar lado a lado com a institucionalização, verificou-se o custo alto que a privação de liberdade pode representar para a vida de qualquer pessoa. O caso nos aproxima de ações que, no campo relacional, reverberam efeitos na subjetividade de Antônio, cidadão de São Pedro da Aldeia, Rio de Janeiro. A garantia de direitos foi uma direção de trabalho desde o início vislumbrada para tecer toda a rede necessária para que o processo judicial estivesse resolvido em 80 dias, entre fevereiro e maio de 2023.

São Pedro da Aldeia é um município de médio porte Baixada Litorânea do estado do Rio de Janeiro, com população estimada em 107.556 habitantes (IBGE, 2021), e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) 0,712. A Raps local tem como componentes: I) na Atenção Básica, 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 15 unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) e 1 Equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) com 2 Psicólogas, 2 Assistentes Sociais, 2 Nutricionistas e 2 Fisioterapeutas; II) na Atenção Psicossocial, 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II e 1 CAPS Infanto-Juvenil; III) na Atenção de Urgência e Emergência, 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) pediátrica, que atende crianças e adolescentes até 14 anos, que acolhe situações de emergência psiquiátrica com o CAPSi, além do Pronto-Socorro (PS) com Protocolo de Saúde Mental e 1 leito de crise com 1 médico psiquiatra parecerista para as emergências psiquiátricas; IV) na Estratégia de Desinstitucionalização, 1 SRT Tipo II. O município é organizado "como uma rede complexa em termos de cuidado em saúde mental, com ofertas muito variadas por apresentar atualmente uma quantidade significativa de usuários com necessidades de cuidado bem intensas

em sua rede de CAPS, articulada às redes de cuidado como as da urgência e emergência e a atenção básica, além de processos de desinstitucionalização" (Gomes *et al*., 2014, p. 59) e expertise no manejo da crise em saúde mental.

Caso redigido pela equipe da Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de São Pedro da Aldeia, RJ

Antônio, rapaz de 22 anos, foi atendido pela primeira vez no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em 2019 quando tinha 18 anos, onde foi levantada a hipótese diagnóstica F.20 (esquizofrenia). Na época, Antônio tinha saído de uma breve institucionalização por medida socioeducativa. Mais tarde, em 2023, apresenta grande dificuldade de relacionamento familiar, especialmente com a companheira de sua mãe, e tanto seu pai quanto sua mãe têm muita dificuldade de sustentar o acompanhamento dele durante o tratamento no CAPS, não contribuindo favoravelmente às mudanças que Antônio gostaria para a sua vida pessoal. Assim, Antônio não se mantém regularmente em seu tratamento desenhado por meio de seu PTS, interrompendo o uso continuado da medicação e, após uma discussão, acaba por agredir sua mãe, sendo então preso.

Após tomarmos conhecimento da prisão, iniciamos um processo para tecer a rede necessária e informar à Justiça que Antônio, usuário da Saúde Mental, é acompanhado pelo CAPS. O primeiro passo foi falar com o Promotor de Justiça que acompanhava o caso desde o início, quando as questões foram apresentadas ao Ministério Público, solicitando sua participação no que fosse possível, o que representou importante ato, de modo que o trabalho intersetorial pudesse garantir a ampliação do cuidado tão imprescindível com Antônio. A partir das orientações desse Promotor, começamos a tecer a rede com outras instâncias do Judiciário, incluindo o Defensor Público Criminal e o Promotor Público Criminal, que desde esse tempo seguiram apresentando os recursos penais possíveis para o caso em questão.

Contudo, Antônio permanece preso em presídio comum por 33 dias, ainda que o Juiz Criminal tenha determinado sua transferência em até 24 horas para o HCTP Roberto Medeiros. Após esse tempo, Antônio chega ao HCTP Roberto Medeiros e, em visita técnica, construímos um novo PTS, apontando para o cuidado em liberdade. Essa construção contou não só com os profissionais do Judiciário como também com os profissionais da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (Seap) e do HCTP; além dos profissionais da Raps do município. Diante das fragilidades familiares novamente verificadas, e com o recurso da Resolução CNJ nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, propomos que Antônio tenha uma saída temporária para o Serviço de Residência Terapêutica e, após Antônio aceitar, é elaborada essa saída e relatada em documento, oficializando para o Judiciário o percurso a ser realizado.

Assim, foi tecida a rede envolvendo o CAPS, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e o Judiciário, na perspectiva de uma agenda para audiência com os pais de Antônio, uma vez que

as ações propostas pelo Ministério Público, desde antes de sua prisão, já por ter laços familiares bastante esgarçados, são fundamentais para a permanência temporária de Antônio no SRT. No dia 12 de maio de 2023, Antônio tem o alvará de soltura concedido pelo Juiz Criminal e passa a residir temporariamente no SRT, marcando um novo tempo, não mais privado de liberdade.

Em sua chegada ao Serviço em maio de 2023, Antônio apresentava questões clínicas que foram priorizadas e tratadas. Na primeira reunião no SRT, a mãe de Antônio estava presente, participando de todos os acordos feitos. Nessa oportunidade, relatou a difícil convivência de Antônio com sua companheira e as frequentes discussões. Nas ocasiões de desentendimentos familiares, Antônio permanecia distante de casa por três ou mais dias, em situação de risco e vulnerabilidade, fazendo uso recorrente de substâncias psicoativas e não utilizando de forma regular a medicação psiquiátrica. De acordo com o histórico familiar, Antônio cometeu inúmeras transgressões, apresentando dificuldade na internalização de regras e limites. Sendo assim, em seu primeiro dia na casa, priorizamos apontar a Antônio as regras de convivência da moradia, estabelecendo as noções de limite tão necessárias para uma convivência coletiva, ao que Antônio pareceu acatar.

Sugerimos ainda um encontro com o pai de Antônio, para que pudéssemos avançar na compreensão dos laços familiares, já tão longamente fragilizados e desgastados. Realizamos uma escuta do genitor com sua companheira e, nessa oportunidade, ele informou detalhes sobre a infância, adolescência e fase adulta de seu filho.

Interessante ressaltar que desde muito cedo existia por parte da mãe uma tentativa de foracluir (excluir) o pai de Antônio, que apresenta passividade frente a esse ato (Porge, 1998). É possível notar que existia uma colagem com a mãe e uma apatia do pai, uma equação que traduz para Antônio uma mensagem sempre confusa acerca do que ambos os genitores sentem com relação a ele. A mãe, por sua vez, passa uma mensagem sempre dupla referente a seus sentimentos e suas atitudes, acatando pedidos e depois os desautorizando. O pai, além de demonstrar certa passividade quanto aos atos da genitora, parece também não ter total clareza sobre a morbidade de seu filho, demonstrando conferir a este alta capacidade intelectual, a qual seria incompatível com seu quadro psiquiátrico. Fica evidente que, seja pela dualidade de posicionamentos, seja pela negação do transtorno mental, os genitores não conseguem perceber Antônio como "sujeito" de seus atos, ou seja, como aquele que tem responsabilidade pelo que faz.

Como Antônio necessita de uma ancoragem (referência) para seguir, precisa de um suporte para que possa lidar com as relações. E esse é um pedido recorrente de Antônio durante seu tratamento. Parece que as transgressões entram como uma função de ancoragem, o que pode apontar a baixa eficiência das funções materna e paterna. No ato de transgredir, Antônio encontra a possibilidade de ser o sujeito de seu ato, ainda que esse ato seja nocivo para si e para aqueles que o rodeiam.

Dado o exposto, seria natural que Antônio repetisse, no local onde atualmente reside, toda realidade aprendida por ele em suas relações familiares. Como ele mesmo nomeou, hoje "o SRT é

a sua família". Porém, uma diferença entre a casa de sua mãe e o SRT é que ele agora pode contar com um dispositivo clínico no lugar que reside. Antônio diz que pode falar, ser escutado e também escutar, e que essa comunicação viabiliza alguns acordos e encontros. O que a princípio pareceu ser compreendido e acatado por Antônio, como as regras de convivência da nova moradia, aos poucos foi comparecendo como ineficiente. Antônio passa a não aceitar qualquer tipo de limite e descumpre todos os acordos previamente firmados. Demonstra uma postura hostil, arredia e, em alguns momentos, até inconveniente, não reconhece os limites mais simples, tentando a todo momento transgredi-los. Contudo, seguimos na direção clínica de investir em Antônio e apontar que existem outras formas de se posicionar na relação com o outro. A permanência de Antônio no SRT tem contribuído para gestão autônoma de sua vida, sendo esse dispositivo um facilitador, para que, em um momento oportuno, progrida para uma Residência Inclusiva (RI) do Sistema Único da Assistência Social (Suas).

A direção clínica de trabalho com Antônio foi construída com o CAPS. Estruturamos um projeto terapêutico de modo que Antônio possa realizar a autogestão da sua vida de forma menos danosa e que não se exponha a situações de risco (Kinoshita, 1996). Nessa situação, a equipe buscou fazer novos combinados com usuário e familiares para ampliar os recursos para garantia de direitos como cidadão, ou seja, viabilizar que se aproprie de sua vida, tenha autonomia e faça suas escolhas.

A autonomia dá possibilidade de fazer escolhas boas ou ruins. O trabalho clínico envolve caminhar ao lado com a intencionalidade de dar suporte para que Antônio possa fazer escolhas que deixem de colocá-lo em situações de risco e vulnerabilidade social e que não sejam tão danosas. O vínculo é a base da clínica ampliada. Quanto mais vínculos, quanto mais laços, maior a autonomia. Por isso é certo dizer que, no início e ao longo da vida, é preciso passar por um momento de dependência, no sentido de ter vínculos com o outro, para que aconteça o desenvolvimento da autonomia.

Os combinados fazem parte da construção do PTS. Antônio diz que quer ir à escola, fazer natação, buscar as pessoas conhecidas nas redes sociais. A partir disso, realizaram-se ações que vão ao encontro da vontade de Antônio: matrícula na escola; busca de atividades junto à Secretaria de Esportes; verificação de atividades que possa desenvolver no Centro de Referência da Assistência Social (Cras); consulta na Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima de casa; providência de documentos pessoais, tais como o título de eleitor, e carteira de trabalho, requeridos pelo Cadastro Único (CadÚnico). Também, a equipe de saúde introduz o desenvolvimento de habilidades cotidianas como fazer compras e dar o troco certo. Além disso, temos trabalhado para que os laços familiares possam ser reconstruídos de maneira a favorecer uma convivência mais harmônica. Os genitores têm mantido frequência regular na visitação e levado Antônio para suas casas, para que fique algumas horas na convivência familiar.

Todas essas ações privilegiam o cuidado em liberdade, balizado em princípios que a Atenção Psicossocial preconiza, valorizando o sujeito de forma equânime e salvaguardando seus direitos.

Discussão a partir do caso relatado

Foram 80 dias de construção coletiva, em que toda a rede intrasetorial da saúde e intersetorial do município foi mobilizada na direção do cuidado, em que a garantia de direitos em liberdade era a representação do conceito de saúde, como de bem-estar biopsicossocial. A construção de novo PTS foi necessária para estruturar as saídas estratégicas de convivência em liberdade com o amparo dos genitores e com o recurso de um serviço residencial que funcionou como moradia assistida.

A resolutividade atingida no caso Antônio, de São Pedro da Aldeia, RJ, por meio de resposta pensada coletivamente, evidencia como as tecnologias do cuidado em saúde mental — as tecnologias de relações e de estabelecimento de vínculo entre profissionais atuantes no caso —, aplicadas à organização de Rede Intersetorial (Quadro 1), têm o potencial de determinar a ação célere e reduzir danos à saúde de pessoas e de famílias em vulnerabilidade social.

QUADRO 1. REDE INTERSETORIAL: CASO ANTÔNIO/ MUNICÍPIO DE SÃO PEDRO DE ALDEIA RJ

Justiça	Secretaria de Estado de Administração Penitenciária SEAP/RJ	Equipe da Coordenação da Saúde Prisional da Secretaria de Estado de Saúde/RJ	Saúde Mental/ Secretaria Municipal de Saúde — São Pedro da Aldeia	Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em Situação de Vulnerabilidade da Secretaria de Estado de Saúde/RJ	Superintendência Estadual do Ministério da Saúde/ Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa
Juíza de Direito. Promotor de Justiça. Promotor de Justiça. Defensor Público	Psicóloga/ Divisão de Saúde Mental.	Psicólogo do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Roberto Medeiros.	Secretária de Saúde Assessora Especial de Gestão da Saúde Mental. Coordenadora Técnica e Psicóloga do CAPS. Coordenadora Técnica do Serviço de Residência Terapêutica.	Apoiador da Rede de Atenção Psicossocial da Região da Baixada Litorânea/ Coordenação de Atenção Psicossocial.	Analista de Políticas Sociais/ Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa.

A partir da análise do caso, concluímos que a "responsabilidade pelos próprios atos" é algo a ser construído não apenas por Antônio — sobre quem se fala nos documentos do processo judicial — mas também pelos operadores da justiça, da saúde e de outros setores que acompanham o caso e cujas ações têm implicação direta no tratamento.

Um tema que merece ampliação do debate é a reparação do Estado face aos prejuízos causados por internações compulsórias em instituições asilares, onde ocorrem violações de direitos, conforme atestado em publicações como *Inspeções aos manicômios. Relatório Brasil 2015* (CFP, 2015) e *Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional*, do Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Conselho Nacional do Ministério Público; Ministério Público do Trabalho. A política que mais se aproxima de uma reparação por parte do Estado é possivelmente o Programa de Volta para Casa (Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003). Todavia, trata-se de apenas uma iniciativa dentre tantas necessárias para a garantia de direitos durante a desinstitucionalização.

O processo de desinstitucionalização requer um conjunto de ações que, embora não recuperem o tempo de vida desperdiçado, podem ser pensadas como reparação pelos danos gerados pelo Estado. É preciso ter em consideração também que a decisão pela internação compulsória tem como consequência futuras demandas por processos de desinstitucionalização. Assim, para o poder público, evitar os efeitos prejudiciais da privação de liberdade em HCTPs ou em outros dispositivos de caráter asilar, além de constituir importante norte ético e observação da Lei Federal nº 10.216/2001, carrega em si a potencial redução de impacto no orçamento público.

Qual seria e como calcular o *custo da desinstitucionalização*? A pergunta em si não é fácil. Porém ela está presente no cotidiano de gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e envolve o dimensionamento da Raps e do recurso público necessário para custear serviços de saúde. Além disso, é preciso todo um esforço organizacional para elaborar planos de ação, qualificar instrumentos de planejamento oficiais — como os planos municipais, estaduais e nacional de saúde — realizar pactuações nas instâncias colegiadas do SUS e efetivar a implantação de serviços.

O dimensionamento da rede necessária começa pelo mapeamento da rede intersetorial disponível, seguido da prospecção de rede considerando as avaliações psicossociais elaboradas pela equipe multiprofissional no caso a caso. Cada política pública abarca critérios e instrumentos próprios para elaboração de planos de ação. A matriz diagnóstica da Raps, contida na Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (Portaria de origem nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011), é um instrumento específico da Política Nacional de Saúde Mental, e abrange os seguintes componentes: I. Atenção Básica em Saúde; II. Atenção Psicossocial; III. Atenção de Urgência e Emergência; IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório; V. Atenção Hospitalar; VI. Estratégias de Desinstitucionalização; VII. Estratégias de Reabilitação Psicossocial. A desinstitucionalização, além de principal diretriz da Política Nacional de Saúde Mental, é um dos

componentes da Raps e tem como principais dispositivos o Programa de Volta Para Casa (PVC) e o Serviço Residencial Terapêutico (SRT).

Para garantia do cuidado em liberdade, foi utilizado no caso Antônio, de forma inventiva e temporária, o SRT, embora este seja um dispositivo específico para pessoas egressas de internação psiquiátrica de longa permanência. Desse modo, foi indicada a progressão para Residência Inclusiva (RI). Ambos, SRT e RI, "são serviços públicos responsáveis pela oferta de moradia assistida, pela garantia de estrutura e suporte para realização de atividades de vida diária e pela (re)inserção dos moradores na rede social existente (saúde, assistência social, trabalho, lazer, educação, entre outros), rompendo com a prática de isolamento historicamente presente" (São Paulo, 2022, p.7).

A análise sobre qual seria o serviço mais adequado foi realizada por comparação entre a necessidade inerente ao caso e a tipificação de serviços das políticas públicas de saúde, assistência, habitação. Na sequência, foram elencadas hipóteses de serviços cuja implantação poderia qualificar planos de ação setoriais e ampliar a rede intersetorial nos municípios e regiões dos estados:

> a) Unidade de Acolhimento (UA), um serviço residencial de caráter transitório da Raps "para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses" (Brasil, 2017).
>
> b) Residência Inclusiva, um serviço de proteção social especial de alta complexidade do Suas, adequado para o "acolhimento destinado a jovens e adultos com deficiência, cujos vínculos familiares estejam rompidos ou fragilizados (...) que não dispõem de condições de autosustentabilidade, de retaguarda familiar temporária ou permanente ou que estejam em processo de desligamento de instituições de longa permanência." (Brasil, 2009, p. 31).
>
> c) Outros tipos de serviço inseridos na comunidade e organizados por meio de políticas habitacionais. Um exemplo de política pública local é o Programa de Moradia do Reviver Centro, que tipifica na sua Linha Programática 1 — "Serviço de Moradia Temporária — composto pelo Programa de Moradia Assistida, que visa garantir a inclusão em unidades habitacionais de moradia temporária, famílias e indivíduos (...) em situação de vulnerabilidade social, prevendo-se ações intersetoriais integradas e monitoramento com acompanhamento técnico social, objetivando a reinserção das famílias em condições adequadas de renda, moradia e amparo social" (Rio de Janeiro (Município), 2022).

A Resolução CNJ nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, reforça a necessidade de atendimento à Lei Federal 10.216/2001 com relação à mudança de modelo assistencial e a adoção do modelo de atenção de base comunitária, em que internações são recurso adotado em último caso e pelo menor tempo possível. No Quadro 2, estabelecemos os tipos de documentos integrados ao proces-

so judicial relativo ao caso Antônio, São Pedro da Aldeia, RJ, e trechos que funcionaram no sentido de viabilizar a garantia de direitos, mais especificamente o "cuidado em liberdade", com base no enunciado art. 4º, § 3º da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 (Brasil, 2001):

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2o e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2o.

QUADRO 2. CUIDADO EM LIBERDADE: CASO ANTÔNIO, MUNICÍPIO DE SÃO PEDRO DA ALDEIA, RJ

Tipos de documentos integrados ao Processo Judicial	Trechos que funcionam no sentido de viabilizar a Garantia de Direitos – Cuidado em Liberdade (Lei 10.216/2001, art. 4º, § 3º)
Prontuário do Usuário (CAPS)	**Acompanhamento na Raps desde 2019.** Histórico de desentendimentos na família, relato de indisponibilidade da mãe para acompanhar grupos terapêuticos no CAPS em 2022, ausência de registro sobre o pai. Sintomas produtivos (alucinação auditiva), discurso delirante. Uso irregular da medicação com reclamação sobre seus efeitos colaterais (impotência sexual), queixa crônica de sonolência, instabilidade na frequência escolar, e eventual situação de rua seguida de retorno para casa da mãe.

Relatório Saúde Mental ao Defensor Público	"**Imagino que o serviço de residência terapêutica, como lugar de moradia, mesmo que temporária**, só é possível nesse momento, pois apesar de Antônio não estar no HCTP há 2 anos ininterruptos, (...) c**om a recente publicação da Resolução aqui citada (Resolução CNJ nº 487, de 15 de fevereiro de 2023) e o fechamento destes hospitais** (...) proposto na Política Antimanicomial pelo Poder Judiciário, com a consequente desinstitucionalização no prazo de até 6 meses contados a partir da entrada em vigor desta Resolução, torna-se possível este percurso, pois teríamos que executar esta ação em prazo menor que 2 anos."
Relatório do Defensor ao Juiz	"Assim, o Indiciado **necessita de cuidados em saúde mental de forma continuada** e, conforme sugerido no relatório, esse **cuidado precisa ser prestado em ambiente protegido e em menor vulnerabilidade**, visto que a custódia em presídio comum exporá Antônio a situação de maior fragilidade."
Alvará de Soltura	"Muito embora ainda não se tenha a versão judicial dos envolvidos, deve ser reconhecida a primariedade do réu e ainda **disponibilidade de vaga para acolhimento temporário do acusado no serviço de residência terapêutica** concedido ao réu por este município de São Pedro da Aldeia. **Expeçam-se alvará de soltura e recolham-se mandado de prisão**"
Laudo Pericial	"Exame Psiquiátrico Forense. Periciando comparece ao exame em bom estado nutricional e higiênico. Vestes em desalinho. Vígil. Parcialmente desorientado no tempo e no espaço. Fala dificultada por alterações na organização do pensamento. Pensamentos com alteração de forma, curso e conteúdo. Conteúdo deliroide e curso do pensamento marcado por interrupção de fluxo. Autorreferente. Juízo crítico e pragmatismo prejudicados. Memória de fixação e evocação prejudicada. Psicomotricidade aumentada. Coeficiente de inteligência diminuído. Alterações da sensopercepção, com alucinose auditiva. Pouca capacidade de abstração com prejuízo cognitivo. Desorganização mental e incoerência característicos da esquizofrenia com sintomas produtivos. Diagnóstico esquizofrenia, CID-10 F-20. (...) **Dessa maneira, é o perito de parecer que o periciando era inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato e era inteiramente incapaz de determinar-se de acordo com esse entendimento**.

Ata da Audiência da Vara de Família	"Após a oitiva de todos, mantenho Antônio na residência terapêutica pelo período de mais quatro meses, de forma **que possa ser mantido em tratamento adequado, mas com a finalidade de que os pais possam se responsabilizar pelos cuidados com o jovem**. Neste momento, entende-se que, apesar da esquizofrenia, não é o momento de se conceder a interdição provisória do jovem." "Considerando o compromisso dos genitores em manter o convívio com o jovem, de forma a tentar uma aproximação de pais e filho para verificarmos a possibilidade de o jovem retornar para casa de um dos pais, ou para que busquemos outra alternativa como a necessidade de interdição, fixação de alimentos contra os genitores." "**Os genitores foram orientados sobre a importância da participação deles no processo de tratamento do filho, e que atendam aos chamados do CAPS para que conheçam a rotina, as evoluções.**" "Sobre as necessidades financeiras do jovem para cortar cabelo etc., ficou acertado que a coordenadora irá repassar aos genitores, àquele que tiver ido buscá-lo para passar o final de semana, (...) a fim de que colaborem financeiramente." "**O jovem também foi orientado sobre o próprio comportamento, sobre a necessidade de dar continuidade aos tratamentos. Foram feitos combinados com o próprio Antônio sobre atender também as regras da RT.**"

A implicação dos atores sociais na busca por soluções práticas face ao caso apresentado teve como desdobramento a disposição dos envolvidos em pensar conjuntamente uma direção para o caso, considerando diferentes olhares, saberes e reponsabilidades. Toda essa ação teve como objetivo promover saúde por meio do cuidado em liberdade, reduzir a situação de vulnerabilidades sociais geradas pela internação em HCTP. A Resolução CNJ nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, foi apresentada como ferramenta fundamental no Relatório da Saúde Mental ao Defensor Pública (Brasil, 2023). A partir desse ponto, fez-se funcionar a "rede quente" já instalada no município há algum tempo, por meio de atos que privilegiam o sujeito em sua subjetividade, em contraste com uma "rede fria", composta por atos públicos apenas burocráticos. Uma expressão enunciada por uma das parceiras do Judiciário traz uma boa síntese sobre o sentido de rede quente: "a comarca ficou elétrica" a partir da convocação de uma rede de atores sociais implicados nessa arena pública em favor do cuidado em liberdade. A juíza do caso ouviu a equipe diretamente envolvida no cuidado e operou na relação com o Antônio aquilo que seus pais têm pouca desenvoltura e disponibilidade para fazer: compreender a condição do transtorno mental e, por meio da palavra, na au-

diência judicial, fez a função de dar limite junto com a equipe de cuidado. Esse limite é importante no tratamento para o desenvolvimento da autonomia de Antônio e habilidade nas relações sociais.

Como desdobramento do caso, iniciou-se a criação do Fórum Regional Intersetorial Saúde e Justiça da Baixada Litorânea do Rio de Janeiro, com a perspectiva de envolver gestores do SUS por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR) e representantes do Judiciário que atuam na região — Juízes e Promotores de Justiça, além dos Defensores Públicos — na pauta da Política Antimanicomial do Judiciário. O Fórum Intersetorial tem por objetivo fomentar um espaço de discussão de políticas públicas, produção de conhecimento e de soluções práticas pela garantia de direitos, e criação de fluxos interinstitucionais pensados coletivamente, visando maior objetividade na observação da Lei Federal. Cada caso analisado neste ambiente potencialmente qualifica a dinâmica de trabalho em rede e o funcionamento dos serviços já existentes. A Resolução CNJ nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, orienta a cumprir a Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e justifica a criação do Fórum Regional Intersetorial com o acionamento da Assistência Social e outros setores como a Educação, Cultura, Esportes para tecer arranjos que garantam o *direito ao cuidado em liberdade*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 3 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 31 ago. 2023.

_____Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS**: tecendo redes para garantir direitos. Ministério da Saúde; Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_criancas_adolescentes_sus.pdf. Acesso em: 31 ago. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. CHIAVERINI, Dulce H. (Org.) ... [*et al.*]. Brasília: Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf. Acesso em: 31 ago. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo 1 do Anexo V Matriz diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial. (Portaria de origem nº 3.088/GM/

MS, de 23 de dezembro de 2011). Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 31 ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios**. Relatório Brasil 2015. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2015. Disponível em: https://site.cfp.org.br/publicacao/inspecoes-aos-manicomios-relatorio-brasil/. Acesso em: 31 ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO; MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. **Hospitais Psiquiátricos no Brasil:** Relatório de Inspeção Nacional. Impresso no Brasil: 2ª edição, março, 2020. Disponível em: https://site.cfp.org.br/publicacao/hospitais-psiquiatricos-no-brasil-relatorio-de-inspecao-nacional/. Acesso em: 31 ago. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009**. Aprova a tipificação nacional de serviços socioassistenciais. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_CNAS_N109_%202009.pdf. Acesso em: 31 ago. 2023, p. 31.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023**. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei nº 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf. Acesso em: ago. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 660, de 5 de agosto de 2021**. Dispõe sobre o Regimento da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (5ª CNSM). Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/1944-resolucao-n-660-de-05-de-agosto-de-2021. Acesso em: 31 ago. 2023.

GOMES, Maria P.C *et al*. Acesso às multiplicidades do cuidado como enfrentamento das barreiras em saúde mental: Histórias de R. In: GOMES, Maria P.C; MERHY, Émerson E. (org). **Pesquisadores IN-MUNDO**: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental/ - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. Disponível em: https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/08/Livro-Pesquisadores-IN-MUNDO-Um-estudo-da-producao-do-acesso-e-barreira-em-saude-mental.pdf. Acesso em: 31 ago. 2023.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana M.F. (Org). **Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1996, p. 55-59.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

PORGE, Erik. **Os nomes do Pai em Jacques Lacan.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998. 232 p.

RIO DE JANEIRO (Município). **Decreto nº 51.134 de 12 de junho de 2022**. Dispõe sobre a Regulamentação dos Programas de Redução do Déficit e da Inadequação Habitacional previstos na Lei Complementar nº 229, de 14 de julho de 2021 - Reviver Centro e institui o Programa de Moradia do Reviver Centro. Disponível em: http://aplicnt.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/scpro2124.nsf/4d135ff73ed4fd27032586320056938 6/3ac1f0bbf7cb5099032586bc0069bfa2?OpenDocument. Acesso em: 31 ago. 2023.

SANTOS, Zélia Maria. D. A. Tecnologia em Saúde: Aspectos teórico-conceituais. *In:* SANTOS, Zélia Maria. D. A; FROTA, Mirna A.; MARTINS, Aline B. (Org.). **Tecnologias em saúde:** da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado [livro eletrônico]: Fortaleza: EdUECE, 2016. p. 16. Disponível em: https://efivest.com.br/wp-content/uploads/2019/09/TecnologiaSaude-uece.pdf. Acesso em: 31 ago. 2023.

SÃO PAULO (Estado). Ministério Público do Estado de São Paulo. **Cartilha Residência Inclusiva e Serviços Residenciais Terapêuticos:** Semelhanças e diferenças na perspectiva do atendimento territorializado. São Paulo, 2022, p. 7. Disponível em: https://www.mpsp.mp.br/. Acesso em: 31 ago. 2023.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E INCLUSÃO: PERSPECTIVA PARA UMA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL COMUNITÁRIA

Rodrigo Alves Zanetti[1]

Resumo: O artigo trata do processo de desinstitucionalização comunitária a partir de palestra realizada pelo subscritor no Seminário Internacional de Saúde Mental promovido pelo Tribunal de Justiça do Paraná e pelo Conselho Nacional de Justiça. Trata da luta antimanicomial sob a perspectiva de proteção aos direitos fundamentais e efetivação dos direitos humanos.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Política Antimanicomial. Defensoria Pública.

Inicialmente, é necessário fazer uma pequena retrospectiva legislativa a respeito do direito das pessoas com deficiência no Brasil.

Promulgada pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2019, a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo trouxe importantes previsões para o ordenamento jurídico interno. Referido diploma internacional ganha ainda mais relevo quando se verifica que foi internalizado no Brasil a partir do rito previsto no art. 5º, §3º, da Constituição Federal de 1988, ou seja, possui status de emenda constitucional.

A título de exemplo, e no que interessa, vejam-se os seguintes dispositivos:

> *Art. 3. Os princípios da presente Convenção são:*
>
> *a) O respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas;*
>
> *b) A não discriminação;*
>
> *c) A plena e efetiva participação e inclusão na sociedade;*
>
> *d) O respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade; [...]*

1 Defensor Público Federal, atualmente no exercício da função de Defensor Regional de Direitos Humanos do Estado do Paraná. Membro do Grupo de Trabalho em favor das comunidades indígenas da Defensoria Pública da União. E-mail: rodrigoalveszanetti@gmail.com.

Art. 4. 1. Os Estados Partes se comprometem a assegurar e promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação por causa de sua deficiência. Para tanto, os Estados Partes se comprometem a:

a) Adotar todas as medidas legislativas, administrativas e de qualquer outra natureza, necessárias para a realização dos direitos reconhecidos na presente Convenção;

b) Adotar todas as medidas necessárias, inclusive legislativas, para modificar ou revogar leis, regulamentos, costumes e práticas vigentes, que constituírem discriminação contra pessoas com deficiência;

c) Levar em conta, em todos os programas e políticas, a proteção e a promoção dos direitos humanos das pessoas com deficiência.

No plano do direito interno e mais especificamente em relação ao sistema psiquiátrico, o Estado brasileiro promulgou a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. A lei popularmente chamada de Reforma Psiquiátrica garantiu a proteção dos direitos das pessoas acometidas de transtorno mental de qualquer forma de discriminação quanto a raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

A citada lei trouxe a internação como *ultima ratio* para o tratamento de pessoas com transtorno mental, partindo da premissa de respeito à autonomia e à dignidade do cidadão acometido por transtorno mental, bem como previu, em seu âmago, a desinstitucionalização como meio de promoção dos direitos humanos das pessoas internadas.

Verificados os avanços legislativos, surge-nos o seguinte questionamento: por que o tratamento de pessoas com transtorno mental de forma ambulatorial e integrado à comunidade ainda não se transformou em uma realidade em nosso país?

A resposta à questão é levantada por diferentes prismas. Um primeiro deles seria porque não se altera todo o contexto cultural de uma sociedade apenas com a edição de normas gerais e abstratas, como é a legislação. Para a mudança da estrutura manicomial, que possui tentáculos muitas vezes invisíveis, mas perceptíveis por quem é por eles alcançado, faz-se necessária uma mudança de paradigma no modo como se entende as pessoas com transtorno mental, passando de uma concepção de restrição da liberdade e violação de direitos humanos para um ponto de vista em que se entenda essas pessoas como sujeitos de direitos, que fazem jus à proteção de seus direitos fundamentais, devendo ser integradas à comunidade e às redes públicas de saúde e assistência social.

Por um segundo ângulo, pois, em que pese o esforço do Judiciário para a consecução da Política Pública Antimanicomial, com a edição de Resoluções pelo Conselho Nacional de Justiça ao longo dos anos, como a mais recente Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, é absolutamente indispensável que o Executivo também fomente tal política, mediante a formação de grupos de trabalho interinstitucionais, espaços de discussão e, sobretudo, direcionamento de recursos públicos para custeio e investimento nos serviços de saúde e assistência social de base comunitária.

Como etapa fundamental para a realização prática da política antimanicomial no país, entende-se que o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) é caminho indispensável. Há a necessidade de que esta seja suficientemente capilarizada e integrada à comunidade. Os Serviços de Residência Terapêutica, por exemplo, têm um melhor funcionamento quando integrados às Unidades Básicas de Saúde dos locais onde estão instalados, uma vez que se facilita o processo de acompanhamento psiquiátrico, acesso a medicamentos, vacinação, entre outros.

A Defensoria Pública da União elaborou um documento intitulado *Apontamentos para uma justiça de transição a partir das eleições de 2002: uma análise normativa e de políticas públicas*, com o objetivo de colaborar e apresentar sugestões ao novo governo eleito para a presidência do país. No âmbito da saúde mental e política de drogas, foram apresentadas as seguintes sugestões (p. 212-217):

> *Revogação das normas que tratam de centralidade da abstinência e das comunidades terapêuticas, criminalização das drogas, aparelhamento governamental do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. [...]*
>
> *Segundo as Diretrizes Internacionais sobre Direitos Humanos e Políticas de Drogas, estabelecidas pela ONU, é obrigação dos Estados garantir a disponibilidade e acessibilidade dos serviços de redução de danos e da rede de assistência psicossocial, bem como o fechamento de centros de detenção compulsória. No mesmo sentido, a Comissão Interamericana para o Controle de Drogas (Cicad), ao estabelecer os Princípios Centrais da Estratégia Hemisférica sobre Drogas, determina que as políticas sobre drogas tenham um enfoque em saúde pública que considere marcadores sociais de gênero, idade, classe, contexto cultural, de modo a mitigar desigualdades. Ademais, há condenação internacional do Brasil no Caso Ximenes Lopes (Corte IDH) em caso de violência e morte dentro de hospital psiquiátrico, determinando o estabelecimento de programas de capacitação para o pessoal médico, de psiquiatria e psicologia, de enfermagem e auxiliares de enfermagem, bem como para todas as pessoas vinculadas ao atendimento de saúde mental. [..]*
>
> *Custeio e Investimento para serviços de base comunitária da Portaria 3088/2011: a. CAPS (modalidades I, II, III, Infantojuvenil, AD, AD III); b. SHR (em hospital geral); c. SRT; d. UAA e UAI. Reajuste ou ampliação dos valores de custeio dos serviços, espe-*

cialmente dos CAPS, bem como ampliação dos serviços 24 horas. Realizar novo censo de Hospitais Psiquiátricos, rever o Programa de Reestruturação Hospitalar — PRH e atualizar a publicação de leitos com custeio SUS. Fortalecer serviços da Atenção Primária em Saúde (APS) que compõem a Raps tendo em vista maior resolutividade em Saúde Mental: a. Consultório na Rua — CnR, com previsão de incremento desses serviços; b. Centro de Convivência e Cultura — CECCO (com criação de regulamentação e custeios específicos).

Questão que traz maior preocupação para a Defensoria Pública são as pessoas com transtorno mental e hipossuficientes economicamente, definidas como hipervulneráveis, ou seja, aquelas atravessadas por mais de um fator de vulnerabilização, de forma interseccional. Tais pessoas frequentemente sofrem com a ausência de recursos financeiros, vínculos familiares sólidos e moradia.

Visando superar a situação acima descrita, a Defensoria Pública do Estado do Paraná instituiu um projeto denominado *Desinstitucionalização Responsável*, que busca a integração à comunidade das pessoas com transtorno mental institucionalizadas, mediante tratamento ambulatorial e fortalecimento dos vínculos sociais. Referido projeto atua em diferentes vertentes: geração de renda, assessoria jurídica em processos judiciais e extrajudiciais, articulação política, capacitação dos servidores públicos que atendem as pessoas com transtorno mental, inspeções em estabelecimentos de custódia etc.

Destacamos a importância de dois aspectos do projeto: geração de renda e obtenção de documentos pessoais. No âmbito da iniciativa, há articulação para a realização de mutirões interinstitucionais junto ao Complexo Médico Penal de Curitiba/PR, com o objetivo de regularizar a documentação dos asilares, atualizar o Cadastro Único, requerer benefícios assistenciais e realizar as perícias *in loco*. O sucesso do projeto representará o ganho de autonomia e o restabelecimento de dignidade às pessoas em instituições asilares, possibilitando que obtenham renda própria e maior capacidade de se autodeterminar.

No âmbito federal, em relação à temática dos asilares que continuam com sua liberdade restringida no Complexo Médico Penal de Curitiba/PR, com parecer favorável da equipe técnica à soltura e alvará de soltura expedido, em razão da ausência de meios econômicos e sociais para continuarem suas vidas autonomamente, a Defensoria Pública da União, através da Defensoria Regional de Direitos Humanos do Estado do Paraná, ajuizou ação civil pública, em 2012, requerendo a condenação da União e do Estado do Paraná a implementarem os serviços de residência terapêutica no estado, a fim de abrigar os egressos do sistema prisional com transtornos mentais e que não possuem condições de custear o tratamento.

Foi concedida antecipação de tutela e julgado procedente o pedido.

Todavia, desde 2018, tenta-se o cumprimento provisório do acórdão, ainda sem resultado satisfatório. Iniciou-se um processo de transferência dos asilares, mas que ainda não atende a contento o fluxo de entradas e saídas do estabelecimento.

Por fim, como já dito, entende-se como indispensável o esforço conjugado dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário para que a política antimanicomial deixe o plano meramente normativo e passe a ser observada na prática.

VI

O Papel do Sistema de Justiça na Reforma Psiquiátrica: Resolução CNJ nº 487/2023, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário

PESSOAS EM SOFRIMENTO COM A LEI: RESOLUÇÃO CNJ Nº 487/2023 E O PAPEL DO PODER JUDICIÁRIO NA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA[1]

Luís Geraldo Sant'Ana Lanfredi[2], Melina Machado Miranda[3]

Resumo: Este ensaio apresenta reflexões sobre a relação entre o Poder Judiciário e a efetivação da reforma psiquiátrica brasileira a partir da Resolução do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) nº 487/2023, abordando a importância da inclusão das pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial em conflito com a lei nas ações da reforma, com base, sobretudo, nos direitos previstos na Lei Federal nº 10.216/2001 e na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência como meio de garantir direitos humanos a essa população.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Poder Judiciário. Resolução CNJ nº 487/2023. Direitos Humanos. Saúde Mental.

1. Introdução

A reforma psiquiátrica brasileira faz referência ao processo de luta de usuários(as) e traba-

1 Texto-base da participação da autora como debatedora na mesa "O papel do Sistema de Justiça na Reforma Psiquiátrica: Resolução CNJ nº 487/2023, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário", no "Seminário Internacional de Saúde Mental: Possibilidades para a efetivação da Política Antimanicomial na interface com o Poder Judiciário", realizado em Curitiba-PR pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) em parceria com o Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (TJPR), em junho de 2023.

2 Desembargador do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP) e Juiz Auxiliar da Presidência no Conselho Nacional de Justiça (CNJ), onde atua como Coordenador do Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF) (2014-2016 e 2018-Atual) e da Unidade de Monitoramento e Fiscalização das decisões e deliberações do Sistema Interamericano de Direitos Humanos (UMF) (2020-Atual). Doutorando em Criminologia e Sociologia Jurídico Penal pela Universidade de Barcelona. Licenciado e Mestre em Processo Penal pela USP e em Criminologia e Sociologia Jurídico Penal pela Universidade de Barcelona. Foi Vice-Presidente do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP)(2012-2014). Representou o Poder Judiciário brasileiro perante a Organização de Estados Americanos (OEA), em Washington, Estados Unidos, tendo atuado como Legal Expert Associate na Secretaria de Segurança Multidimensional das Américas (2016-2018).

3 Assistente Social e Sanitarista. Doutoranda e Mestra em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (Unesp-Franca/SP). Possui experiência nas políticas de Assistência Social e de Saúde e no Sistema de Justiça. Em 2010, ingressou na carreira de Agente de Defensoria-Assistente Social na Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPESP), onde também atuou como Assessora Técnica Psicossocial da Defensoria Pública-Geral do Estado por três gestões. Em 2018, foi requisitada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) para exercer o cargo de supervisora na instituição. Atualmente, atua como Supervisora Chefe da Seção de Apoio Institucional no Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF) do CNJ.

lhadores(as) da saúde mental voltado à proteção dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais a partir de mudanças necessárias, iniciadas também em outros países, a esse campo, sendo estruturante a transformação do modelo manicomial para o antimanicomial. Trata-se de movimento forjado no bojo de reformas significativas para o Brasil, em momento de resistência e de redemocratização do país.

Assim, o presente ensaio discute o papel do Poder Judiciário na implementação e no fortalecimento da reforma psiquiátrica brasileira, com ênfase na Resolução do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) nº 487/2023, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei nº 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.

Ademais, este texto busca apresentar a importância desse tema, considerando a complexidade e o conservadorismo que envolvem a garantia dos direitos das pessoas em sofrimento mental que tiveram algum conflito com a lei – expressão utilizada no meio jurídico para descrever a infração criminal por parte de pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial submetidas, geralmente, à medida de segurança quando consideradas inimputáveis[4]. Portanto, almeja demonstrar a relevância da atuação judicial intersetorial com vistas à garantia de direitos fundamentais das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial em conflito com a lei.

2. A reforma psiquiátrica no Brasil

Em breve contextualização, a loucura foi tratada de diferentes formas ao longo da história, tendo sido vista como privilégio por sensibilidade e sabedoria, lidas como sinal de superioridade ou de divindade, quando, desde a Idade Média, passou a ser compreendida como condição passível de segregação, estigmatização, perseguição e punição. No entanto, o tratamento dado às pessoas com transtornos mentais começou a ser questionado e as abordagens foram sofrendo tensões e rupturas, assim como foram surgindo movimentos em defesa dos direitos dessa população.

No final dos anos 1970, na Itália, o médico Franco Basaglia guiou o Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, que culminou na derrocada dos manicômios naquele país (Amarante, 2009). No Brasil, movimentos de trabalhadores e trabalhadoras juntamente a pacientes e familiares atuavam — e ainda atuam — na luta pelos direitos das pessoas em sofrimento mental, denunciando as condições dos hospitais psiquiátricos, também da década de 1970, momento em que se inicia a reforma psiquiátrica brasileira.

Assim, o processo da reforma psiquiátrica brasileira exigiu mudanças estruturais na área

4 Termo jurídico do campo penal que se refere à pessoa que, por questões de saúde mental, não consegue compreender o caráter ilícito de sua conduta, no caso das infrações penais praticadas por pessoas adultas a quem não se pode, portanto, imputar pena.

da saúde mental. Era preciso mudar o modelo até então adotado, de manicomial para antimanicomial, criando-se a chamada atenção psicossocial, considerando, principalmente, as violações de direitos humanos recorrentes nos ambientes de confinamento de pacientes da saúde mental, o que gerava ainda mais sofrimento e exclusão, e a inefetividade do "tratamento".

No cenário nacional, outros eventos aconteciam junto à luta antimanicomial. Algumas reformas estavam em curso no período, sobretudo no decorrer dos anos 1980 — momento de redemocratização do Brasil —, como a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a Reforma Sanitária, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Amarante (2018),

> *É neste cenário de redemocratização e luta contra a ditadura, relacionando a luta específica de direitos humanos para as vítimas da violência psiquiátrica com a violência do Estado autocrático, que se constituiu o ator social mais importante no processo de reforma psiquiátrica (RP). Isto irá influenciar de forma significativa a construção das políticas públicas, não só na saúde, mas em outros setores (cultura, justiça, direitos humanos, trabalho e seguridade social).*

Assim, uma das conquistas desse processo de luta no campo sanitário refere-se à promulgação das Leis nº 8.080/1990, Lei do SUS, que *dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*, e nº 10.216/2001, Lei da Reforma Psiquiátrica, que *dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*.

Não obstante, o movimento da reforma psiquiátrica supera a promulgação dessas importantes leis, pois se configura em processo complexo e inacabado, relacionando-se a lutas e tensões pelos direitos humanos de pessoas com transtornos mentais. Mais que a reforma dos serviços, era preciso alterar o modo de tratar a loucura na sociedade, o que envolve diferentes dimensões, áreas e políticas, incluindo, como afirma Amarante (Brasil, 2003, p. 46), a dimensão jurídico-política com alterações legislativas também no campo penal, o que nos interessa, particularmente, neste artigo.

Vejamos:

> *Atualmente, entendemos por Reforma Psiquiátrica um processo complexo no qual quatro dimensões simultâneas se articulam e se retroalimentam. Por um lado, pela dimensão epistemológica que opera uma revisão e reconstrução no campo teórico da*

ciência, da psiquiatria e da saúde mental. Por outro, na construção e invenção de novas estratégias e dispositivos de assistência e cuidado, tais como os centros de convivência, os núcleos e centros de atenção psicossocial, as cooperativas de trabalho, dentre outras. Na dimensão jurídico-política, temos a revisão de conceitos fundamentais na legislação civil, penal e sanitária (irresponsabilidade civil, periculosidade etc.), e a transformação, na prática social e política, de conceitos como cidadania, direitos civis, sociais e humanos. Finalmente, na dimensão cultural, um conjunto muito amplo de iniciativas vão estimulando as pessoas a repensarem seus princípios, preconceitos e suas opiniões formadas (com a ajuda da psiquiatria) sobre a loucura. É a transformação do imaginário social sobre a loucura, não como lugar de morte, de ausência e de falta, mas como também de desejo e de vida.

Em 2001, o movimento pelos direitos das pessoas com transtornos mentais alça importante vitória com a aprovação da Lei nº 10.216, proposta em 1989 pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG), que, além de dispor sobre a proteção e os direitos de todas as pessoas com transtornos mentais, redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Nos termos da mencionada lei:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Destacamos que, no caso de pessoas com transtorno ou em sofrimento mental em conflito com a lei, há a determinação pela autoridade judiciária, após exame médico pericial, de medida de segurança, que, geralmente, tinha sua aplicação, no Brasil, na modalidade de internação compulsória em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), o manicômio judiciário, e em outras instituições de caráter asilar e prisional. Desse modo, o que foi estabelecido há mais de duas décadas pela Lei nº 10.216/2001 vinha sendo descumprido pelo Estado brasileiro, conforme é possível observar em leitura atenta à lei:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2o e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Assim, como principais conquistas dessa reforma, podemos citar a redução de internações involuntárias, o fechamento de manicômios e a criação de serviços substitutivos aos manicômios (CAPS, Residências Terapêuticas etc.), significando tratamento com dignidade para pessoas com transtornos mentais, no âmbito cível.

Embora tenhamos tido inúmeros avanços no processo de desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos com histórico de longas internações, na ampliação da rede substitutiva e no tratamento em saúde mental de modo geral, importa destacar que a reforma psiquiátrica ainda não foi finalizada, tendo em vista que não atingiu beneficamente a população com transtorno mental que cai nas malhas da justiça criminal. Inclusive, o conflito com a lei pode decorrer, em algumas situações, de processos de vulnerabilização e desigualdade sociais que levam à maior desassis-

tência por parte do Estado, como é o caso da maioria das pessoas em medida de segurança no país — pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei, que, por não compreenderem o caráter ilícito da infração praticada, são periciadas (exame de insanidade mental) e, se consideradas inimputáveis, recebem da autoridade judiciária competente medida de segurança ao invés de pena.

A Reforma, como algo em movimento, demanda vigilância para não sucumbir a retrocessos, como nos alerta Amarante e Guljor (2005, p. 68):

> *A concepção de Reforma Psiquiátrica se apresenta [...] como um processo de transformação estrutural da visão da sociedade sobre a loucura que abarca não apenas o modelo de cuidado, mas também nas noções sobre a condição social desse sujeito em sofrimento. Deste modo, compreendemos a Reforma como um processo que abarca dimensões diversas que se imbricam numa teia de inter-relações, permitindo-nos caracterizá-la a partir na noção de Rotelli (2001) de processo social complexo. A expressão utilizada pelo autor se insere em nossa discussão, de modo a permitir o entendimento da Reforma Psiquiátrica como em movimento.*

Os desafios que persistem, a exemplo da falta de recursos, preconceito e necessidade de maior integração entre as políticas públicas e os Poderes, são possíveis de ser superados. Contudo, é fundamental que haja diálogo interinstitucional e impulsionamento de mais recursos para a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), instituída pela Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011, *prevendo a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito do SUS*. A Raps é composta por vários serviços e equipamentos, como os CAPS; os SRT; os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais e nos CAPS III).

Portanto, falar em reforma psiquiátrica é falar de: tratamento em local apropriado; equipes e saberes interdisciplinares que admitem o contexto social e comunitário como relevante para o tratamento; inclusão por meio de acesso a políticas sociais diversas; liberdade mediante acompanhamento em meio aberto; reorganização da vida; descentralização do cuidado; e atenção psicossocial desde a atenção primária em saúde, aplicáveis a qualquer pessoa que padece dessa condição de saúde.

3. Resolução CNJ nº 487/2023 e o papel do Poder Judiciário na proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais

O título do presente ensaio, "Pessoas em sofrimento com a lei", joga criticamente com as palavras e com o sentido da frase "pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei", ao apontar a legislação como causadora de sofrimento às pessoas mais vulnerabilizadas socialmente, como é caso daquelas com transtorno mental ou deficiência psicossocial. Até então, essas pessoas estavam sendo submetidas à lógica manicomial com base na Lei de 1940 — Código Penal brasileiro — em desconsideração à atualização normativa do tema. Segundo o Ministério Público Federal (MPF) e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), a Lei nº 10.216/2001 "está sendo violada pelas autoridades federais e estaduais, que mantêm funcionando esse falido e ambíguo dispositivo disciplinar" (MPF, 2011, p. 84). E prossegue o MPF (2011, p. 88) reconhecendo o atual sistema de execução da medida de segurança do Brasil como uma das maiores violações aos direitos humanos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, no Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a Perspectiva da Lei nº 10.216/2001.

Tendo como fundamento a crítica à função das instituições jurídicas no sistema capitalista, a partir da correlação de forças pela garantia dos direitos humanos no bojo da luta de classes, a atuação institucional do Poder Judiciário deve primar pela observância, entre outras normas e tratados e convenções internacionais, dos direitos constitucionais, como forma de promover direitos individuais e coletivos e proteger direitos fundamentais de todas as pessoas, incluídas aquelas com transtorno mental e com deficiência, especialmente no que diz respeito à liberdade, à dignidade e ao acesso a tratamentos adequados.

Acerca dos direitos humanos (DH) na sociedade capitalista, Barroco (2008, p. 4) pondera:

> *[...] vemos que a história social dos DH é o resultado da luta de classes, da pressão popular, da organização dos movimentos e dos militantes de DH, dos sujeitos políticos em face da opressão, da exploração e da desigualdade.*
>
> *É uma história de lutas populares específicas progressistas que se intercruzam com outros tipos de luta: anticapitalistas, revolucionárias, de libertação nacional, etc., tendo por unidade a defesa da liberdade, da emancipação política e humana.*

Sobre o CNJ, que por meio de aprovação do seu Plenário instituiu a Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, esse Conselho Nacional foi criado pela Emenda Constitucional nº. 45 de 2004 e instalado em 14 de junho de 2005. Trata-se de órgão de cúpula do Poder Judiciário, relativamente jovem, com atuação em todo o território nacional e que possui a seguinte competência, em conformidade com o § 4º do art. 103-B do texto constitucional:

[...] o controle da atuação administrativa e financeira do Poder Judiciário e do cumprimento dos deveres funcionais dos juízes, cabendo-lhe, além de outras atribuições que lhe forem conferidas pelo Estatuto da Magistratura:

I - zelar pela autonomia do Poder Judiciário e pelo cumprimento do Estatuto da Magistratura, podendo expedir atos regulamentares, no âmbito de sua competência, ou recomendar providências;

II - zelar pela observância do art. 37 e apreciar, de ofício ou mediante provocação, a legalidade dos atos administrativos praticados por membros ou órgãos do Poder Judiciário, podendo desconstituí-los, revê-los ou fixar prazo para que se adotem as providências necessárias ao exato cumprimento da lei, sem prejuízo da competência do Tribunal de Contas da União;

III - receber e conhecer das reclamações contra membros ou órgãos do Poder Judiciário, inclusive contra seus serviços auxiliares, serventias e órgãos prestadores de serviços notariais e de registro que atuem por delegação do poder público ou oficializados, sem prejuízo da competência disciplinar e correicional dos tribunais, podendo avocar processos disciplinares em curso, determinar a remoção ou a disponibilidade e aplicar outras sanções administrativas, assegurada ampla defesa;

IV - representar ao Ministério Público, no caso de crime contra a administração pública ou de abuso de autoridade;

V - rever, de ofício ou mediante provocação, os processos disciplinares de juízes e membros de tribunais julgados há menos de um ano;

VI - elaborar semestralmente relatório estatístico sobre processos e sentenças prolatadas, por Unidade da Federação, nos diferentes órgãos do Poder Judiciário;

VII - elaborar relatório anual, propondo as providências que julgar necessárias, sobre a situação do Poder Judiciário no país e as atividades do Conselho, o qual deve integrar mensagem do Presidente do Supremo Tribunal Federal a ser remetida ao Congresso Nacional, por ocasião da abertura da sessão legislativa.

Destarte, o CNJ é instituição pública voltada ao aperfeiçoamento do Judiciário brasileiro, sobretudo no que toca o controle e a transparência administrativa e processual. De acordo com informações do próprio Conselho Nacional de Justiça, a missão do CNJ é "promover o desenvolvimento do Poder Judiciário em benefício da sociedade, por meio de políticas judiciárias e do controle da atuação administrativa e financeira"[5].

5 Disponível em: https://www.cnj.jus.br/sobre-o-cnj/quem-somos/.

Nesse sentido, o Conselho Nacional de Justiça, para além da função de controle, instala-se com inclinação à propositura de políticas judiciárias, o que ganha foco e envergadura nos sistemas penal e socioeducativo com a criação do Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF). O DMF, área do CNJ responsável por iniciativas concernentes ao sistema carcerário, à execução penal e à execução de medidas socioeducativas, foi criado pela Lei nº 12.106/2009, com os objetivos elencados (art. 1º, § 1º):

I – monitorar e fiscalizar o cumprimento das recomendações e resoluções do Conselho Nacional de Justiça em relação à prisão provisória e definitiva, medida de segurança e de internação de adolescentes;

II – planejar, organizar e coordenar, no âmbito de cada tribunal, mutirões para reavaliação da prisão provisória e definitiva, da medida de segurança e da internação de adolescentes e para o aperfeiçoamento de rotinas cartorárias;

III – acompanhar e propor soluções em face de irregularidades verificadas no sistema carcerário e no sistema de execução de medidas socioeducativas;

IV – fomentar a implementação de medidas protetivas e de projetos de capacitação profissional e reinserção social do interno e do egresso do sistema carcerário;

V – propor ao Conselho Nacional de Justiça, em relação ao sistema carcerário e ao sistema de execução de medidas socioeducativas, a uniformização de procedimentos, bem como de estudos para aperfeiçoamento da legislação sobre a matéria;

VI – acompanhar e monitorar projetos relativos à abertura de novas vagas e ao cumprimento da legislação pertinente em relação ao sistema carcerário e ao sistema de execução de medidas socioeducativas;

VII – acompanhar a implantação e o funcionamento de sistema de gestão eletrônica da execução penal e de mecanismo de acompanhamento eletrônico das prisões provisórias;

VIII – coordenar a instalação de unidades de assistência jurídica voluntária no âmbito do sistema carcerário e do sistema de execução de medidas socioeducativas.

Com destaque para os incs. III e V acerca da proposição de ações — tendo em vista o estado de coisas inconstitucional do sistema prisional brasileiro reconhecido pelo Supremo Tribunal Federal (STF) na Ação de Descumprimento do Preceito Federal 347 (ADPF 347) — e da uniformização de procedimentos sobre a matéria em foco, o CNJ tem buscado atuar na formulação e na execução de políticas judiciárias voltadas à atenção a populações em situação de maior vulnerabilização social privadas de liberdade ou egressas dos sistemas prisional e socioeducativo.

A respeito da instituição de políticas judiciárias e do poder regulamentar do CNJ mediante edição de atos normativos, a exemplo da Política Antimanicomial do Poder Judiciário instituída pela Resolução CNJ nº 487/2023, importa destacar que se trata de norma jurídica exarada após deliberação de um colegiado e aplicada para disciplinar assuntos, diretrizes e procedimentos de interesse interno do Poder Judiciário. Segundo entendimento registrado no art. 102 do Regimento Interno do CNJ nº 67 de 03/03/2009, o Plenário do órgão pode editar atos normativos por meio de Resoluções, Instruções ou Enunciados Administrativos e Recomendações, a saber:

> *Art. 102. O Plenário poderá, por maioria absoluta, editar atos normativos, mediante Resoluções, Instruções ou Enunciados Administrativos e, ainda, Recomendações.*
>
> *§ 1º A edição de ato normativo ou regulamento poderá ser proposta por Conselheiro ou resultar de decisão do Plenário quando apreciar qualquer matéria, ainda quando o pedido seja considerado improcedente, podendo ser realizada audiência pública ou consulta pública.*
>
> *§ 2º Decidida pelo Plenário a edição do ato normativo ou da recomendação, a redação do texto respectivo será apreciada em outra sessão plenária, salvo comprovada urgência.*
>
> *§ 3º A edição de ato normativo poderá, a critério do Plenário ou do Relator, ser precedida de audiência pública ou consulta pública por prazo não superior a 30 (trinta) dias.*
>
> *§ 4º Os efeitos do ato serão definidos pelo Plenário.*
>
> *§ 5º As Resoluções e Enunciados Administrativos terão força vinculante, após sua publicação no Diário da Justiça e no sítio eletrônico do CNJ.*
>
> *§ 6º Os Enunciados serão numerados em ordem crescente de referência, com alíneas, quando necessário, seguidas de menção dos dispositivos legais e dos julgados em que se fundamentam.*
>
> *§ 7º Nos casos em que a proposta de ato normativo ensejar impacto orçamentário aos órgãos ou tribunais destinatários, receberá prévio parecer técnico do órgão competente no âmbito do CNJ (Incluído pela Emenda Regimental nº 1, de 9.3.2010).*

As resoluções não podem criar obrigações que extrapolam as legislações nacionais ou internacionais às quais o Brasil submeteu-se espontaneamente. Além disso, as resoluções possuem força vinculante que, segundo Lopes (2013, p. 232), é caracterizada por ser

> *atributo que faz com que a norma incida independentemente da certeza de seu co-*

> *nhecimento pelo destinatário e que a sanção incida, independentemente da aceitação pelo infrator, sempre que descumprido o preceito normativo.*

Nessa direção, a aposta é de que a mencionada Resolução CNJ, por sua força normativa interna e pelo tema que busca atacar, constitui-se em marco histórico de assimilação pelo Poder Judiciário da política antimanicomial adotada no Brasil, sobretudo com a aprovação da Lei nº 10.216/2001, ao passo que convoca diversos atores do Sistema de Justiça e do Poder Executivo a se somarem ao complexo processo da reforma psiquiátrica.

Ademais, todo o esforço empreendido na elaboração e na aprovação da Resolução nº 487/2023 aponta para o compromisso do CNJ com a incorporação de parâmetros internacionais em benefício da promoção dos direitos humanos, em que o tratamento em liberdade está no centro das ações, uma verdadeira quebra de paradigmas no intercruzamento justiça criminal e saúde mental.

Salientamos que, entre as disposições referentes ao adequado cuidado em saúde das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial, em qualquer fase dos ciclos penal e socioeducativo, a Resolução CNJ nº 487/2023 apresenta a importante previsão de interdição total dos HCPTs e instituições congêneres. O processo de fechamento dos HCTPs e dos locais congêneres concentra grande relevância, pois, em que pese a existência da Lei nº 10.216/2001, as pessoas com transtorno mental ou deficiência intelectual/mental/psicossocial acusadas de cometerem algum crime permaneciam à margem da legalidade no que diz respeito à vedação de internação de pacientes com transtornos mentais em instituições com características asilares (art. 4º, § 3º, da Lei nº 10.216/2001).

> *Diante da Lei nº 10.216/2001, sequer se cogita o recolhimento da pessoa com transtorno mental submetida à medida de segurança em cadeia pública ou qualquer outro estabelecimento prisional. Tal situação, muitas vezes tolerada em face da não implementação de políticas públicas de atenção à saúde mental, além de violar frontalmente o modelo assistencial instituído pela Lei Antimanicomial, especialmente o seu art. 4º, § 3º, constitui ainda crime de tortura, na modalidade prevista no art. 1º, § 1º, da Lei nº 9.455/97, por ele respondendo também aquele que se omite quando tinha o dever de evitar ou apurar a conduta (§ 2º), que é agravada quando praticada por agente público (§ 3º) (MPF, 2011, p. 64).*

Assim, passados mais de 20 anos da promulgação da Lei nº 10.216/2001 e mais de 10 anos do Parecer do MPF, ao tratar da adequação de práticas institucionais do Poder Judiciário à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e à Lei nº 10.216/2001, a Resolução CNJ nº 487/2023 é fulcral para a efetivação da reforma psiquiátrica, uma vez que o público que deveria ser

abrangido pelas citadas normas, mas que teve algum conflito com a lei, não era abarcado pela Lei da Reforma, permanecendo à margem dos adquiridos avanços no campo da saúde mental brasileira.

Ainda, referida norma do CNJ responde à sentença da Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH) proferida no Caso Ximenes Lopes *vs.* Brasil[6], primeira condenação do Estado brasileiro pela Corte IDH.

> *O referido caso versa, em suma, sobre a responsabilidade internacional do Brasil pela violação ao direito à vida, à integridade física de Damião Ximenes Lopes e o direito às garantias judiciais e à proteção judicial dos seus familiares, em razão de o Estado não ter julgado os responsáveis pela morte de Damião Ximenes Lopes, que faleceu em 4 de outubro de 1999, três dias após o seu ingresso em unidade médica de saúde mental, com sinais de maus-tratos e tortura (CNJ, 2022, p. 10).*

Em que pese o caso Damião Ximenes não estar associado ao campo criminal, entendemos que a Lei nº 10.216/2001 e outras garantias positivadas em legislações domésticas e internacionais sobre saúde e saúde mental também devem ser aplicadas nos casos de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Desse modo, no âmbito do monitoramento pelo CNJ das decisões do Sistema Interamericano de Direitos Humanos, a partir de audiência sobre o Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, acompanhada pela Unidade de Monitoramento e Fiscalização das Decisões e Deliberações do Sistema Interamericano (UMF) do CNJ, é que foi gestada a Resolução CNJ nº 487/2023.

> *Frisa-se que a UMF Corte IDH/CNJ foi instituída por força da Resolução CNJ n° 364 de 12/01/20217 e possui, dentre outras atribuições, a função de adotar as providências para monitorar e fiscalizar as medidas adotadas pelo Poder Público para o cumprimento das sentenças, medidas provisórias e opiniões consultivas proferidas pela Corte Interamericana envolvendo o Estado brasileiro e sugerir propostas e observações ao Poder Público acerca de providências administrativas, legislativas, judiciais ou de outra natureza, necessárias para o cumprimento das decisões e deliberações da Corte Interamericana de Direitos Humanos envolvendo o Estado brasileiro.*
>
> *Assim, como parte da atuação da UMF Corte IDH/CNJ na audiência pública, foi elaborado o Sumário Executivo do Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, que apresenta brevemen-*

6 Sumário Executivo Caso Ximenes Lopes *vs.* Brasil, disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/07/Sum%C3%A1rio-Executivo-Caso-Ximenes-Lopes-vs-Brasil-21.06.30.pdf.

te a situação de cumprimento da sentença que impôs a primeira condenação do Estado brasileiro no âmbito da Corte IDH, datada de 4 de julho de 2006 (CNJ, 2022, p. 10).

A Resolução CNJ nº 487/2023 nasce, portanto, do reconhecimento pelo próprio Poder Judiciário de sua relação com a reforma psiquiátrica, tendo como horizonte a garantia de direitos fundamentais para pessoas que se encontram em situação de maior vulnerabilização, como é o caso de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Os objetivos da resolução são, em suma, garantir a aplicação da Lei nº 10.216/2001 e da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência às pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial em conflito com a lei.

Como principais disposições da resolução, temos: a alteração do *padrão de tratamento* — que antes era pela internação, passando a ser o tratamento ambulatorial a regra — e o *local de internação* — que antes era o manicômio judiciário (estrutura não reconhecida pela saúde), passando a ser em leito de hospital geral, como preconizado pela legislação vigente. Cabe repisar que a Lei nº 10.216/2001 veda a internação, em qualquer uma de suas modalidades, em ambientes com características asilares.

Como princípios e diretrizes que regem o tratamento das pessoas com transtorno mental no âmbito da jurisdição penal, a Resolução CNJ nº 487/2023 apresenta, em seu art. 3º:

I – o respeito pela dignidade humana, singularidade e autonomia de cada pessoa;

II – o respeito pela diversidade e a vedação a todas as formas de discriminação e estigmatização, com especial atenção aos aspectos interseccionais de agravamento e seus impactos na população negra, LGBTQIA+, mulheres, mães, pais ou cuidadores de crianças e adolescentes, pessoas idosas, convalescentes, migrantes, população em situação de rua, povos indígenas e outras populações tradicionais, além das pessoas com deficiência;

III – o devido processo legal, a ampla defesa, o contraditório e o acesso à justiça em igualdade de condições;

IV – a proscrição à prática de tortura, maus-tratos, tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes;

V – a adoção de política antimanicomial na execução de medida de segurança;

VI – o interesse exclusivo do tratamento em benefício à saúde, com vistas ao suporte e reabilitação psicossocial por meio da inclusão social, a partir da reconstrução de laços e de referências familiares e comunitárias, da valorização e do fortalecimento das habilidades da pessoa e do acesso à proteção social, à renda, ao trabalho e ao tratamento de saúde;

VII – o direito à saúde integral, privilegiando-se o cuidado em ambiente terapêutico em estabelecimentos de saúde de caráter não asilar, pelos meios menos invasivos possíveis, com vedação de métodos de contenção física, mecânica ou farmacológica desproporcional ou prolongada, excessiva medicalização, impedimento de acesso a tratamento ou medicação, isolamento compulsório, alojamento em ambiente impróprio e eletroconvulsoterapia em desacordo com os protocolos médicos e as normativas de direitos humanos;

VIII – a indicação da internação fundada exclusivamente em razões clínicas de saúde, privilegiando-se a avaliação multiprofissional de cada caso, pelo período estritamente necessário à estabilização do quadro de saúde e apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, vedada a internação em instituição de caráter asilar, como os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e estabelecimentos congêneres, como hospitais psiquiátricos;

IX – a articulação interinstitucional permanente do Poder Judiciário com as redes de atenção à saúde e socioassistenciais, em todas as fases do procedimento penal, mediante elaboração de PTS nos casos abrangidos por esta Resolução;

X – a restauratividade como meio para a promoção da harmonia social, mediante a garantia do acesso aos direitos fundamentais e a reversão das vulnerabilidades sociais;

XI – atenção à laicidade do Estado e à liberdade religiosa integradas ao direito à saúde, que resultam na impossibilidade de encaminhamento compulsório a estabelecimentos que não componham a Raps ou que condicionem ou vinculem o tratamento à conversão religiosa ou ao exercício de atividades de cunho religioso; e

XII – respeito à territorialidade dos serviços e ao tratamento no meio social em que vive a pessoa, visando sempre a manutenção dos laços familiares e comunitários.

Portanto, ao analisarmos a resolução, é possível observar a afirmação dessa relação do Poder Judiciário com a reforma psiquiátrica brasileira pela garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial em conflito com a lei; no chamamento à aplicação das normas domésticas e internacionais sobre parâmetros de tratamento em saúde; no combate a práticas de tortura e maus-tratos; e na indispensável atualização e adequação de procedimentos, considerando normas, leis e convenções mais atuais e específicas sobre a temática, incluindo a necessidade de fiscalização mais rigorosa das internações, a promoção de tratamentos alternativos às internações e a capacitação de juízes(as) e servidores(as) sobre saúde mental.

O não enfrentamento a esse tema perdurou anos e ainda encara muitas dificuldades, haja vista as manifestações contrárias à Resolução CNJ nº 487/2023, advindas principalmente das alas

mais conservadoras da sociedade, sob argumentos alarmistas, a exemplo da estigmatização desse público como loucos perigosos destituídos de humanidade, o que Goffman (1963, p. 8) assim elucida:

> *As atitudes que nós, normais, temos com uma pessoa com um estigma, e os atos que empreendemos em relação a ela são bem conhecidos — na medida em que são as respostas que a ação social benevolente tenta suavizar e melhorar. Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida: Construímos uma teoria do estigma; uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social. Utilizamos termos específicos de estigma como aleijado, bastardo, retardado, em nosso discurso diário como fonte de metáfora e representação, de maneira característica, sem pensar no seu significado original.*

Na esteira do conservadorismo e do retrocesso na garantia de direitos da classe trabalhadora, é possível encontrar notas contrárias à Resolução CNJ nº 487/2023 advindas, principalmente, da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e dos Conselhos de Medicina (CFM e CRM), além de propostas de Projeto de Decreto Legislativo (PDL) para sustar a resolução, um deles de autoria do Deputado Kim Kataguiri, e ações proposta no STF: Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) e ADPF.

Por outro lado, no tensionamento pelos direitos humanos, identificamos, no Portal do CNJ, levantamento com 23 notas/artigos de apoio de mais de 700 entidades representativas e figuras públicas com engajamento profissional e político na pauta, demonstrando a disputa político-ideológica frente aos ataques sofridos por essa normativa judiciária, são eles:

> *1. **ABRASME** (Associação Brasileira de Saúde Mental) e **mais 647 assinaturas** (incluídas Associação Brasileira de Juristas pela Democracia – ABJD; Movimento Nacional dos Usuários da Luta Antimanicomial – MONULA; Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos; Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial – RENILA; Associação de Familiares e Amigos/as de Presos/as e Internos/as da Fundação CASA; Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção em Saúde Mental RECUID/FEN/UFG; Rede de Educação Popular Cidadã; Articulação Nacional de Movimentos de Educação Popular de Saúde – Aneps; Coletiva das Defensoras Públicas; DESPATOLOGIZA - Movimento pela Despatologização da Vida; Associação Nacional das Defensoras e dos Defensores pela Democracia; Associação Potiguar Plural de Luta Antimanicomial; Conselho Regional de Psicologia – 4ª Região; Conselho Federal de Psicologia; Coletivos antima-*

nicomiais diversos e Conselhos Regionais de Psicologia de diversos estados): Nota de Apoio à Política Antimanicomial do Poder Judiciário – Resolução CNJ nº 487/2023. Disponível em: https://www.abrasme.org.br/blog-detail/post/186960/nota-de-apoio-%C3%A0-pol%C3%ADtica-antimanicomial-do-poder-judici%C3%A1rio-%E2%80%93-resolu%C3%A7%C3%A3o-cnj-n%C2%BA-4872023. / https://drive.google.com/file/d/1E-qQy8SbNG7KMncBlGiDiUa7Wx6uMd7Lp/view

*2. **PAULO AMARANTE** - Entrevista em Outra Saúde: Por que a luta antimanicomial continua urgente. Disponível em: https://outraspalavras.net/outrasaude/por-que-a-luta-antimanicomial-continua-urgente/.*

*3. **PAULO AMARANTE** - Artigo em Outra Saúde: Hora de fechar os hospitais judiciários. Disponível em: https://outraspalavras.net/outrasaude/por-que-e-preciso-fechar-os-hospitais-judiciarios/.*

*4. **ANADEP** (Associação Nacional das Defensoras e Defensores Públicos): Nota de apoio à Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Disponível em: https://www.anadep.org.br/wtk/pagina/materia?id=54506.*

*5. **APT** (Associação para a Prevenção da Tortura (APT) - Artigo em CONJUR: Não discriminação de pessoas presas e em tratamento de transtornos mentais. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2023-jun-15/cascardoe-dias-tratamento-pessoas-transtornos-mentais.*

*6. **CFP** (Conselho Federal de Psicologia) e **Sistema Conselhos Psicologia**: Posicionamento do CFP sobre a Resolução CNJ 487/2023. Disponível em: https://www.instagram.com/p/Csrje9HP_aB/?igshid=MzRlODBiNWFlZA== e Política Antimanicomial: Sistema Conselhos de Psicologia em conjunto contra os manicômios judiciais - Posicionamento do Sistema Conselhos de Psicologia sobre a Resolução CNJ 487/2023. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2023/05/Posicionamento-do-Sistema-Conselhos-de-Psicologia-sobre-a-Resolucao-CNJ-487.pdf.*

*7. **CNDH** (Conselho Nacional de Direitos Humanos): Nota Pública do Conselho Nacional dos Direitos Humanos em Apoio à Política Antimanicomial do Poder Judiciário (Resolução nº 487/23 do CNJ). Disponível em: https://www.facebook.com/conselhodedireitoshumanos/photos/a.249886872041404/1875764846120257/ / https://www.instagram.com/p/Crb4msKri3a/?hl=af.*

*8. **CONDEGE** (Conselho Nacional das Defensoras e Defensores Públicos-Gerais): Nota de Apoio à Política Antimanicomial do Poder Judiciário.*

*9. **CRDH - UFRN** (Centro de Referência em Direitos Humanos Marcos Dionísio Universidade Federal do Rio Grande do Norte):Você sabe o que é a Resolução número 487 do CNJ? Disponível em: https://www.instagram.com/p/Cr3Z-DyLC9y/?igshid=YmMyMTA2M2Y%3D.*

*10. **CRP-10** (Conselho Regional de Psicologia da 10ª Região Pará Amapá): Nota em apoio à Resolução CNJ nº 487/2023 e sobre a desmobilização do Hospital Geral Penitenciário do Pará. Disponível em: https://www.crp10.org.br/nota-do-crp-10-em-apoio-a-resolucao-cnj-n-487-2023-e-sobre-a-desmobilizacao-do-hospital-geral-penitenciario-do-para.*

*11. **CRP-DF** (Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal), nota sobre Manicômios Judiciários: Manifestação de Apoio à Resolução CNJ nº 487/2023. Disponível em: https://www.crp-01.org.br/notices/9339 / https://www.instagram.com/p/CsBVq-1cuEu3/?igshid=NjZiM2M3MzIxNA%3D%3D.*

*12. **CRP-SP** (Conselho Regional de Psicologia de São Paulo): CRP SP manifesta apoio à Resolução CNJ que institui política antimanicomial. Disponível em: https://www.instagram.com/p/CsoqzVXva2B/?igshid=MzRlODBiNWFlZA== / https://www.crpsp.org/noticia/view/3025/nota-publica-crp-sp-manifesta-apoio-a-resolucao-cnj-que-institui-politica-antimanicomial#:~:text=O%20Conselho%20Regional%20de%20Psicologia,Conven%C3%A7%C3%A3o%20Internacional%20dos%20Direitos%20das.*

*13. **DESINSTITUTE**: Desinstitute se manifesta e convoca demais entidades a apoiar Resolução nº 487 do CNJ. Disponível em: https://desinstitute.org.br/noticias/desinstitute-se-manifesta-e-convoca-demais-entidades-a-apoiar-resolucao-no-487-do-cnj/.*

*14. **DPDF** (Defensoria Pública do Distrito Federal por meio do Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, Núcleo de Assistência Jurídica de Defesa da Saúde, Núcleo de Assistência Jurídica de Execução de Medidas Socioeducativas, Núcleo de Assistência Jurídica de Execuções Penais, Núcleo de Assistência Jurídica da Infância e Juventude, Núcleo de Assistência Jurídica das Audiências de Custódia e da Tutela Coletiva dos Presos Provisórios e da Subsecretaria de Atividade Psicossocial): Nota Pública em Apoio ao Cumprimento da Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional De Justiça (CNJ). Disponível em: https://www.defensoria.df.gov.br/wp-content/uploads/2023/05/Nota-de-apoio-a-Resolucao-487-CNJ.pdf .*

*15. **DPESP** (Defensoria Pública do Estado de São Paulo por meio dos Núcleos Especializados: Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos, Núcleo Especializado de Situação Carcerária, Núcleo Especializado dos Direitos da Pessoa Idosa e da Pessoa com Deficiência e Núcleo Especializado da Infância e Juventude). Nota Pública em Apoio ao Cumprimento da Resolução 487/2023 CNJ. Disponível em: https://www.defensoria.sp.def.br/noticias/-/noticia/4671112.*

*16. **DPETO** (Defensoria Pública do Estado do Tocantins): Carta do Tocantins do Seminário Saúde Mental e Política Antimanicomial no Sistema de Justiça.*

*17. **FÓRUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL:** Manifesto nacional: "perigoso é o seu preconceito! perigoso é quem quer trancar! perigoso é o seu ódio e as mentiras que dissemina!"; em defesa da política antimanicomial do poder judiciário: a ousadia necessária para o cuidado em liberdade! Disponível em: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdKupiL-t0rcd6iFI4qb5VhlayrwC5r4y4lhnp4hPnZqQL8Uw/viewform / https://www.instagram.com/p/CsRRd1luqhm/?igshid=MzRlODBiNWFlZA%3D%3D.*

*18. **FRENTE NACIONAL DE NEGRAS E NEGROS DA SAÚDE MENTAL**: A Frente Nacional de Negras e Negros da Saúde Mental manifesta seu apoio irrestrito à Resolução 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Disponível em: https://www.instagram.com/p/CsUBjIFuPy6/?img_index=1.*

*19. **IBCCRIM** (Instituto Brasileiro de Ciências Criminais): IBCCRIM manifesta apoio à Resolução 487/2023 do CNJ. Disponível em: https://ibccrim.org.br/noticias/exibir/9116 / https://www.instagram.com/p/CrgxDSKtwhm/.*

*20. **LOUCID/UFPB** (Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania Universidade Federal da Paraíba): Nota de Apoio à Resolução do CNJ n° 487/2023, que marca a Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Disponível em: https://www.instagram.com/p/CrzDVHdpS_q/?igshid=YmMyMTA2M2Y%3D.*

*21. **MELINA FACHIN**: O papel do Sistema de Justiça na reforma psiquiátrica. Disponível em: https://www.estadao.com.br/politica/blog-do-fausto-macedo/o-papel-do-sistema-de-justica-na-reforma-psiquiatrica/.*

*22. **MEPCT-RJ** (Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro) - MEPCT-RJ saúda a importância da aplicação da Resolução do CNJ 487/2023. Disponível em: https://www.instagram.com/p/CsZQGOHJvUw/?igshid=NzJjY2FjNWJiZg%3D%3D.*

*22. **MNPR** (Movimento Nacional População de Rua) e **mais 62 assinaturas de entidades apoiadoras** (incluídos Movimento Nacional de Luta em Defesa da População em Situação de Rua – MNLDPSR; Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de MGASUSSAM MG; Associação Potiguar Plural de Familiares, usuárias, usuários, amigas, amigos e trabalhadoras/es em Saúde Mental-RN; Pastorais do Povo de Rua; Frente Ampliada Nacional em Defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial – FASM; Fórum Nacional Dos Usuários do Sistema Único de Assistência Social - FEUSUAS/AL; Observatório de Direitos Humanos do Paraná; Fóruns estaduais da luta antimanicomial e de saúde mental de diversos estados): Nota de Apoio do Movimento Nacional População de Rua-MNPR sobre a importância da Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Disponível em: https://shre.ink/QmYS.*

23. ***MOVIMENTO PSIQUIATRIA, DEMOCRACIA E CUIDADO EM LIBERDADE, ASSOCIAÇÃO DAS MÉDICAS E MÉDICOS PELA DEMOCRACIA E REDE NACIONAL DE MÉDICAS E MÉDICOS POPULARES****: Nota sobre o fechamento dos manicômios judiciários. Disponível em: https://www.instagram.com/p/CsSP8IDK4QR/?img_index=1.*

6. Considerações finais

Ao analisarmos nossa história, encontraremos os processos de exclusão das pessoas loucas, leprosas, tuberculosas, com deficiência e em situação de rua como recurso para levá-las para longe do campo de visão da sociedade, em uma espécie de limpeza social. A reforma psiquiátrica e a Resolução CNJ nº 487/2023 evidenciam ao Poder Judiciário e, com efeito, à sociedade como um todo, um problema que estava "debaixo do tapete" do Estado brasileiro, o confinamento prisional de pessoas que necessitam de tratamento em saúde mental.

Nessa lógica, falar da reforma psiquiátrica é falar sobre movimento e disputa por direitos. Como citou Mário Moro, usuário da Raps, no Seminário Internacional de Saúde Mental, falar de saúde mental sem fazer o direcionamento ético e político é correr o risco de se perder.

Os avanços da política judiciária, cabe dizer, com atraso no cumprimento do direito à saúde das pessoas submetidas a processos criminais e socioeducativos, buscam qualificar e instrumentalizar a atuação da magistratura brasileira na observância do direito constitucional à saúde, incluída a saúde mental. Assim, discutir a problemática das pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei é um grande desafio e convida à reflexão sobre os limites da atuação do Sistema de Justiça, bem como sobre a implementação da recém-editada Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

Esperamos que a Resolução CNJ nº 487/2023 impulsione, finalmente, o fechamento dos HCTPs e locais congêneres, a fim de definitivamente redirecionar o tratamento das pessoas com transtorno mental que tiveram algum conflito com a lei para locais reconhecidamente de tratamento em saúde. Ademais, a prática judicial precisa ser alterada para, em conformidade com as legislações, garantir o tratamento em saúde para quem dele necessitar, sendo esperado também nesse processo o fortalecimento do SUS e da Raps, além de outras políticas de proteção social voltadas a toda sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. Reforma psiquiátrica e epistemologia. *In*: **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan. - abr., 2009.

AMARANTE, P, GULJOR, A. P. Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização: a (re)construção da demanda no corpo social. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. de. **A construção social da demanda**: direito à saúde; trabalho em equipe e participação e espaços público. Rio de Janeiro: IMS/ Uerj/Cepesc/Abrasco, 2005, p. 65-76.

AMARANTE, P, NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva** [periódico na internet] (2018/Abr). [Citado em 25/10/2024]. Disponível em: http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-reforma-psiquiatrica-no-sus-e-a-luta-por-uma-sociedade-sem-manicomios/16707?id=16707. Acesso em: 20 de setembro de 2024.

BARROCO, M. L. S. **O significado sócio-histórico dos Direitos Humanos e o Serviço Social**. Palestra apresentada na mesa Conflitos Globais e a violação dos Direitos Humanos: a ação do Serviço Social em 18/08/2008 – Conferência Mundial de Serviço Social da Federação Internacional de Trabalho – Salvador (Bahia). 2008. Disponível em: https://www.cfess.org.br/pdf/maria_lucia_barroco.pdf. Acesso em: 20 de setembro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Memória da loucura** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos, Coordenação-Geral de Documentação e Informação, Centro Cultural da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria_loucura1.pdf. Acesso em: 20 de setembro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. **Lei nº 12.106, de 2 de dezembro de 2009**. Cria, no âmbito do Conselho Nacional de Justiça, o Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas e dá outras providências.

CNJ. Conselho Nacional de Justiça. **Regimento Interno nº 67**, de 3 de março de 2009.

CNJ. Conselho Nacional de Justiça. **Caso Ximenes Lopes *vs.* Brasil**: Corte Interamericana de Direitos Humanos: supervisão de sentença: sumário executivo / Conselho Nacional de Justiça; Coordenadores Luis Geraldo Sant'ana Lanfredi, Isabel Penido de Campos Machado e Valter

Shuenquener de Araújo. – Brasília: CNJ, 2021. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/07/Sum%C3%A1rio-Executivo-Caso-Ximenes-Lopes-vs-Brasil-21.06.30.pdf. Acesso em: 28 de novembro de 2023.

CNJ. Conselho Nacional de Justiça. **Caso Ximenes Lopes *vs.* Brasil**: relatório do grupo de trabalho / Conselho Nacional de Justiça; Coordenadores Luis Geraldo Sant'ana Lanfredi, Mauro Pereira Martins. – Brasília: CNJ, 2022. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2022/12/relatorio-gt-ximenes-vs-brasil.pdf. Acesso em: 28 de novembro de 2023.

CNJ. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução CNJ nº 487, de 15 de fevereiro de 2023**. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei nº 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4960. Acesso em: 20 de setembro de 2024.

CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008: Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.

GOFFMAN, E. **Estigma** – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução: Mathias Lambert. Data da Digitalização: 2004. Data publicação original: 1963.

LOPES, M. S. L. Metodologia do Direito e força vinculante: uma escala das interrogações. Rev. Fac. Direito UFMG, Número Especial: **Jornadas Jurídicas Brasil-Canadá**, pp. 229 - 243, 2013. Disponível em: https://revista.direito.ufmg.br/index.php/revista/article/view/P.0304-2340.2013vJJp229/283#:~:text=A%20for%C3%A7a%20vinculante%20%C3%A9%20o,que%20descumprido%20o%20preceito%20normativo. Acesso em: 10 de maio de 2024.

MPF. Ministério Público Federal e Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a Perspectiva da Lei nº 10.216/2001**. 2011. Disponível em: https://www.mpf.mp.br/pfdc/midiateca/nossas-publicacoes-pfdc/pdfs/parecer-medidas-de-seguranca-hospitais-de-custodia-tratamento-psiquiatrico-2011/view. Acesso em: 10 de maio de 2024.

PROGNÓSTICOS E ESTRATÉGIAS PARA SUPERAÇÃO DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO

Daniel Adolpho Daltin Assis[1]

O presente artigo tem o objetivo de debater as práticas judiciárias de garantia dos direitos humanos em saúde mental a partir da apresentação de elementos oriundos do diagnóstico nacional a respeito dos fluxos e dinâmicas do Poder Judiciário e do Poder Executivo. Trata-se de dados e reflexões disseminados no Seminário Internacional de Saúde Mental, promovido, em junho de 2023, pelo Conselho Nacional de Justiça, por meio do Programa Fazendo Justiça, em parceria com o Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. Esse evento, por sua vez, marca o ano como destaque na interrupção da história centenária dos manicômios judiciários, haja vista a publicação da Resolução CNJ nº 487/2023, que institui a política antimanicomial no Poder Judiciário. Ressaltamos que, dado o momento de entrega deste artigo, aproveitamos a oportunidade de atualizar as informações com produções mais recentes do Conselho Nacional de Justiça.

Introdução

A consagração da reforma psiquiátrica brasileira, notadamente a partir do advento da Lei Federal nº 10.216/01 (Brasil, 2001), mesmo depois de 20 anos, encontra-se em distintos passos de garantia de direitos humanos, a depender dos diversos públicos-alvo da intencionalidade normativa. Se as Redes de Atenção Psicossocial — Raps (Brasil, 2011a) — expressam a reorientação do modelo de atenção psicossocial às pessoas em geral com transtornos mentais, no que tange a alguns públicos específicos, como o localizado no ambiente prisional, os avanços são de menor monta, especialmente porque de recente normatização. Sobretudo nesse campo, o paradigma manicomial se arvora no discurso da periculosidade, veiculado em diversos laudos periciais e decisões judiciais, manifestações que se situam a reboque de um pensamento fundamentado na virtuosidade do criminoso, no direito penal do autor e no determinismo comportamental. Nessa perspectiva, muitos profissionais das instituições públicas com atribuição para atuar nesse contexto carecem de entendimentos, consensos e adaptações institucionais que convirjam, celeremente, com os preceitos do novo paradigma da reforma psiquiátrica.

1 Responsável pela consultoria especializada sobre saúde mental e direitos humanos realizada em 2021 no âmbito do Programa Fazendo Justiça (PNUD/CNJ) e integrante do GT CNJ Ximenes Lopes. E-mail: danieladolpho@gmail.com.

Na interface entre sistema prisional e Política de Saúde Mental, somente em 2014, com a publicação da Pnaisp (Brasil, 2014a), estruturaram-se ações psicossociais sob a perspectiva das redes de atenção à saúde, a partir da inclusão de profissionais com formação em saúde mental na modalidade mais qualificada da equipe de atenção básica, incumbida das estratégias gerais de atenção à saúde dessa população. A seguir, a Portaria GM/MS nº 94/2014, que "institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)" (Brasil, 2014b), cria um dispositivo conector (Serviço de Avaliação e Acompanhamento, configurado por equipe denominada EAP) que atua na tessitura existente entre as agências judiciais, policiais e de responsabilização e internação por medida de segurança, desde a fase processual do conhecimento até o fim da execução de eventual reprimenda imposta pelo Poder Judiciário. Essas são as duas normas administrativas mais relevantes para a compreensão e a ativação de estratégias de atenção psicossocial à população em conflito com a lei.

Ademais, ratificado internamente sob o Decreto nº 186/2008 (Brasil, 2008), o texto da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) alavanca, rigorosamente, o modelo biopsicossocial da deficiência, segundo paradigma que, junto ao da reforma psiquiátrica brasileira, estabelece outro modo de a sociedade e o Estado lidarem com as pessoas com deficiência, inclusive no contexto infracional. Em 2016, a Lei Federal nº 13.146/2015 (Brasil, 2015a) — conhecida como Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), entrou em vigor com auspiciosos avanços para atualização dos direitos humanos desse segmento, sobretudo ao determinar, para a erradicação de condutas capacitistas, o reconhecimento da capacidade legal dessa população.

No âmbito Executivo federal, entre 2010 e 2014, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária expediu três resoluções acerca das políticas de atenção à saúde mental dessa população, a exemplo da Resolução CNPCP nº 4/2010, que estabelece as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança (Brasil, 2010a). Já no interior das instituições judiciárias, outras normas surgem para qualificar a atuação de seus profissionais, determinantes e recomendatórias. A Resolução CNJ nº 113/2010 dispõe sobre o "procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança" (Brasil, 2010b). Já a Recomendação CNJ nº 35/2011 dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas na atenção aos pacientes judiciários e na execução da medida de segurança (Brasil, 2011b). Todos os documentos exortam as instituições afins ao fortalecimento da reforma psiquiátrica e as instam a atuar no sentido da desinstitucionalização, da negação do caráter terapêutico do internamento como regra e do redirecionamento do modelo assistencial à saúde mental em serviços substitutivos em meio aberto.

Diagnóstico nacional

A aplicação do *Diagnóstico nacional de fluxos, práticas e políticas identificadas nos Tribunais de Justiça e Poder Executivo* se deu por meio de consultoria especializada realizada no âmbito do Programa Fazendo Justiça (PNUD/CNJ) e consubstanciou-se na abordagem de temas nas seguintes dimensões gerais: a) atuais estados carcerário e hospitalar, b) cobertura assistencial da Rede de Atenção Psicossocial, c) saúde prisional, d) Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, e) Sistema Único de Assistência Social, f) estado interinstitucional do Judiciário em relação à demanda, g) processos de educação permanente, e h) destinação orçamentária. E nas *dimensões específicas*: a) conhecimento dos paradigmas da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do Modelo Biopsicossocial da Deficiência, b) desafios para (maior) adesão aos paradigmas, c) momentos de maior resolutividade decorrente das experiências.

Para a construção do quadro nacional, foram distribuídas 449 perguntas entre os respondentes, atendidas por 1098 participantes, entre 567 varas criminais de conhecimento e de execução penal (35,26% das varas criminais brasileiras); 20 tribunais de Justiça (70% dos TJ); 499 estabelecimentos penais (35,44% das unidades), dos quais 21 eram de custódia e tratamento psiquiátrico; 5 estados com EAP (MT, PA, PE, MA e PI); e 5 estados com experiências inovadoras de repercussão nacional (MG, PA, MA, PI e GO).

O levantamento gerou 73.926 respostas que, analisadas em distintas dimensões, produziram a percepção de que havia, em geral, uma inaplicabilidade ou baixa aplicabilidade da legislação da reforma psiquiátrica e do modelo social da deficiência.Um importante sinal que se avizinha é a distância havida entre a compreensão dos paradigmas da reforma psiquiátrica e do modelo social da deficiência pela maioria dos respondentes e a contrastante e minoritária quantidade de participantes que efetivamente produziam práticas condizentes com os novos marcos regulatórios.

Em suma, identificou-se baixíssima adesão operativa (embora alta compreensão teórica) da legislação sobre direitos em saúde mental e da pessoa com deficiência dos poderes Judiciário e Executivo. Exemplo dessa posição majoritária expressa-se por uma das perguntas feitas às varas de conhecimento e de execução penal.

Em caso de lotação de estabelecimento/ala de custódia e tratamento psiquiátrico:	Varas de Conhecimento (381)	Varas de Execução (186)
essa constatação não demove a Vara de manter o cumprimento da medida de segurança de internação no/a próprio/a estabelecimento/ala de custódia e tratamento psiquiátrico.	34,10%	22,60%

essa constatação não demove a Vara de manter o cumprimento da medida de segurança de internação no/a próprio/a estabelecimento/ala de custódia e tratamento psiquiátrico, porém a mobiliza a promover alguma mudança no estabelecimento/ala que gere nova vaga.	11%	14,50%
essa constatação não demove a Vara de decidir pelo cumprimento da medida de segurança de internação, porém a convence a determinar o cumprimento em outro estabelecimento/ala penal.	12,90%	14%
essa constatação não demove a Vara de decidir pelo cumprimento da medida de segurança de internação, porém a convence a determinar o cumprimento em estabelecimento/ala da saúde.	25,20%	29,70%
essa constatação não demove a Vara de decidir pelo cumprimento da medida de segurança de internação, porém a convence a determinar o cumprimento em comunidade terapêutica.	10,50%	9,10%
essa constatação é motivo suficiente para não aplicar a medida de segurança de internação mesmo quando vista como necessária, vindo a Vara a substituir a reprimenda por outra modalidade.	6,30%	10,20%

Os tribunais de justiça admitiram serem importantes a qualificação da atuação profissional, eventualmente especializada; a qualificação do normativo e a mudança cultural-organizacional no Poder Judiciário. Isso considerando que, ademais, metade dos tribunais informou existir fluxo de atenção à saúde mental durante a execução da medida de segurança.

Já as varas criminais, em média, mesmo manifestando que já realizam manejo da crise durante realização de audiência e que já possuem razoável capacidade de determinar encaminhamento para serviços diversos, informaram que é necessário continuar ampliando as posturas garantistas.

Essa constatação demonstrou ser ainda mais latente a importância de elaborar a agenda do Poder Judiciário de qualificação da instituição na atuação frente às urgentes e históricas demandas de garantia dos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei, a começar por aquelas já encarceradas — ou na iminência de serem — por motivo de transtorno mental ou deficiência biopsicossocial.

Essas primeiras verificações foram continuamente confirmadas em diálogos com especialistas técnicos ou acadêmicos, gestores de saúde, membros de instituições jurídicas, gestores das experiências inovadoras e membros do Grupo de Trabalho para a realização de estudos e medidas voltadas à superação das dificuldades relativas à promoção da saúde mental — criado pela Portaria CNJ nº 142/2021.

Tais como por meio de diálogos com referências nacionais no tema, a verificação, a análise e as proposições também foram construídas por meio de reuniões com atores internacionais, a saber, o Escritório do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos e a Conferenza Permanente per la Salute Mentale nel Mondo Franco Basaglia Copersamm (Conf.Basaglia).

Modelo orientador

Partindo do diagnóstico nacional, propôs-se, então, a estruturação de ações de qualificação da atuação judiciária no tema. Uma das ações previstas foi o modelo orientador destinado aos tribunais para atenção às pessoas com possível transtorno mental e/ou sofrimento psíquico que são apresentadas ao sistema de justiça criminal e para execução de medidas terapêuticas aplicadas judicialmente.

Esse modelo fora consolidado a partir dos seguintes eixos:

a) **Individualização da medida terapêutica judicial, singularização do projeto terapêutico e adaptação razoável:** normas constitucionais; Lei nº 9.455/1997; Resolução CNJ nº 225/2016; Direito é qualidade — kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social.

b) **Estratégias para fomentar a implementação de equipes conectoras entre sistema de saúde, assistência social e justiça criminal e diretrizes para potencialização da atuação:** financiamento e custeio das equipes conectoras; conexão legal-institucional para o funcionamento das equipes conectoras.

c) **Proposta de provimento da corregedoria/presidência dos tribunais para institucionalização do programa.**

d) **Modelo de conveniamento com a rede** (estado e/ou município).

Assim, foram elaboradas estratégias administrativas, institucionais e operacionais de implementação de ações constituintes de um programa de atenção integral à saúde das pessoas com transtornos mentais e deficiência biopsicossocial em conflito com a lei.

Guia Prático

Na esteira propositiva para qualificação da atuação judiciária no país, foi elaborado um Guia Prático que, além de conter a proposta metodológica, também apresentou:

(i) instrumentais e fluxos para magistrados/as e equipes multidisciplinares das varas e de outros setores do tribunal que também atendam à demanda;

(ii) apresentação da rede e proposta de fluxos concernentes à interlocução com essa rede (ex.: Sistemas Únicos de Saúde e de Assistência Social);

(iii) proposta de fluxos de acompanhamento dos processos de desinstitucionalização progressiva dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HTCPs) e das Alas de Tratamento Psiquiátrico em Estabelecimentos Penais (ATP-EP);

(iv) diretrizes para garantia de tratamento adequado às pessoas com transtornos mentais e/ou em sofrimento psíquico, em consonância com o princípio de desinstitucionalização;

(v) estratégias de tratamento e cuidado destinadas às pessoas com transtorno mental ou sofrimento psíquico dentro de unidades prisionais, com especial atenção à desinternação condicional.

Assim, concebeu-se que o Guia Prático também indicaria um modo de execução do modelo orientador. Ao final, o produto denominado Guia Prático transformou-se no Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário (Brasil, 2023).

Conteúdo programático e curso EAD

A partir da compreensão de que educação permanente deve ser a dimensão da formação técnica e política de qualquer profissional em políticas públicas, ressalta-se a necessidade de imprimir essa lógica também nos âmbitos das políticas penais e das políticas judiciárias criminais. Diferenciar processos formativos de caráter fabril de processos formativos de caráter educacional implica abandonar iniciativas de capacitação para um fazer profissional com fim delimitado, circunscrito a uma operação meramente técnica, especializada e não reflexiva, alheia ao encadeamento produtivo ou consequente da organização, em favor da reorientação do fazer profissional para sua compreensão no contexto finalístico organizacional (o fim a que se destinam a organização e suas produções), o continuum da relação entre força de trabalho e resultado gerado, e a reflexão sobre sua inserção no contexto político intra e extrainstitucional.

Nessa perspectiva, foi elaborada uma grade de cursos em distintas extensões: atualização, aprofundamento e aprimoramento, com conteúdo, bibliografia e proposta metodológica.

Reflexões diretivas – bússola teórico-política

Apresentamos propostas reflexivas de atuação diretiva, sinalizadas durante o Seminário Internacional de Saúde Mental. Em termos teórico-políticos, que, portanto, tratam de perspectivas de direção — e não necessariamente de imediata aplicação literal, partimos de sete dimensões:

a. **Reconhecimento da autonomia do sujeito na escolha do cometimento do crime** (validação da capacidade do sujeito) **frente ao encaminhamento forçado para serviços de saúde** (validação do tratamento forçado): o sujeito pode ter cometido o crime em condições de autodeterminar-se perante o intento e sua execução, a despeito de a ele ser atribuído um transtorno mental — eventualmente real — desenvolvido ao longo da vida. De outro modo, o sujeito pode ter cometido o crime em plena desorganização psíquica, contudo, não apresenta, durante a instrução criminal, comportamentos e sintomas que informem permanecer em crise. Assim sendo, não há falar-se em encaminhamento automático para o sistema de saúde, seja porque eventualmente não esteja mais em crise, seja porque, mesmo em crise, é necessário aguardar sua estabilização para que se decida com ele o tratamento consentâneo à sua vontade.

b. **Reconhecimento da capacidade legal e de impedimento de se privar a liberdade por motivo de deficiência** (validação do modelo biopsicossocial da deficiência) **frente às internações forçadas**: uma vez estabelecido constitucionalmente o dever de se reconhecer o direito ao exercício da capacidade legal plena, em igualdade de condições com pessoas sem deficiência, e considerando que a deficiência em si não pode ser motivo para privação de liberdade, dado que é uma condição de vida (resultante da soma dos atributos pessoais com as barreiras do contexto), e não do delito, não se admite, em mesmos parâmetros normativos, a submissão a internações forçadas pelo cometimento de crime — mas somente se em virtude de crise incontornável por medidas menos invasivas.

c. **Reconhecimento da capacidade legal** (validação do modelo biopsicossocial da deficiência) **frente ao reconhecimento da inimputabilidade penal** (validação do modelo médico de deficiência e periculosista): dada a capacidade legal plena reconhecida em norma constitucional, a norma penal infraconstitucional não pode se sobrepor, razão pela qual o instituto da inimputabilidade, por não encontrar guarida na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, deve ser abolido, e não adaptado aos novos modelos de atenção psicossocial no contexto de conflitualidade.

d. **Proibição da privação de liberdade pelo motivo da deficiência** (validação do modelo biopsicossocial da deficiência) **frente ao fluxo de atenção à saúde com centralidade no sistema prisional** (validação do modelo asilar): na medida em que se desatrele a deficiência do nexo causal do cometimento do delito, a resposta estatal a ser dada é a produção de cuidado de natureza voluntária, para que se fortaleça um processo de autonomização que, mesmo convivente com a dependência de apoio, diminua o espaço para comportamentos danosos. Sendo assim, a produção de cuidado não pode ser acessória ao cumprimento de reprimenda de natureza prisional, razão pela qual os serviços ofertados devem se localizar fora da instituição total e asilar.

e. **Abolição do familismo**: necessidade de se abolir a condicionalidade "presença de familiar" em audiência de desinternação condicional e de extinção da medida de segurança, tendo em vista que o direito do sujeito não pode estar submetido a um desejo de um familiar de o acolher, tampouco à obrigação desse em agir em favor da desinternação.

f. **Rompimento com a dualidade justiça x saúde**: importante a dissipação do modelo binário de *tratamento como desresponsabilização* (visão com centralidade no Sistema de Justiça) e da *responsabilização por meio do tratamento* (visão com centralidade no sistema de saúde).

g. **Asilamento provisório**: premente a abolição de práticas de asilamento (encaminhamento para hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas) sob o argumento da excepcionalidade da intervenção, agravado quando fortalecido pela motivação relacionada à anuência ou ausência familiar ou à insuficiência/inexistência de serviços não asilares.

Conclamamos, após essa matriz de reflexões teórico-políticas, a especular possibilidades de ação estratégica — e operativa — nos territórios judiciários e concretos.

Se não ocorrerá, tão cedo, a abolição das reprimendas aos sujeitos em razão de sua condição psíquica relacionada ao cometimento de crimes, é necessário escalonar opções não asilares para seu cumprimento, por processos circulares, como a encontrada no âmbito da Justiça Restaurativa, e por respostas não encarcerizantes, como alternativas penais e estratégias de atenção psicossocial em serviços comunitários — o que inclui, mas não se torna objeto de reprimenda, eventual e breve urgência hospitalar.

Direito é Qualidade

Sujeitos que estejam cumprindo penas de privação de liberdade e, muitas vezes por esse motivo, desenvolvendo intenso sofrimento psíquico, precisam de cuidados imediatos. As unidades prisionais, por sua vez, também necessitam de imediato remodelamento institucional para atender a essas especificidades, enquanto não seja possível liberar imediatamente do cárcere as pessoas em sofrimento. Nesse sentido, recorremos ao estudo de Louise Southalan (2017), membra da Rede Mundial de Pesquisa e Engajamento em Saúde Prisional (Wephren) e desenvolvedora de ações, na Austrália, que concernem à interface entre saúde mental, prisões e etnicidades. Segundo a pesquisadora, é possível — se não necessário — adotarmos como novos parâmetros técnicos a matriz do kit de ferramentas *QualityRights*, internalizado no país, em 2015, pelo Ministério da Saúde, sob a expressão *Direito é Qualidade* (Brasil, 2015). Contudo, sua produção culmina no desenvolvimento de um instrumento adaptado ao ambiente prisional, tendo em vista que, originalmente, o documento celebrado na Organização Mundial da Saúde não foi elaborado para aplicação no contexto do cárcere.

Publicado pela Organização Mundial da Saúde das Nações Unidas (OMS/ONU) em 2012, o kit de ferramentas *QualityRights* objetiva qualificar a avaliação e a melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social. Parte de uma "extensa revisão internacional por pessoas com transtornos mentais e suas organizações" (Brasil, 2015, p. 03) e apresenta um conjunto de direitos a serem observados e garantidos pelos serviços. Testado em "países de baixa, média e alta renda e destina-se a ser aplicado em todos esses cenários" (idem), o kit orienta-se pelos direitos previstos na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD), organizados em cinco temas (campos de direitos), seus padrões (gerenciamento dos mecanismos de garantia) e critérios (operacionalidade dos mecanismos de garantia).

Contudo, tendo em vista o consagrado alcance do documento avaliativo — voltado apenas aos serviços de saúde mental e de assistência social —, buscamos experiências de aplicação do kit em serviços penais, especificamente serviços de saúde mental vinculados ao Sistema de Justiça criminal e/ou sistema administrativo penal, do que chegamos ao estudo aplicado de Southalan, na Austrália. Nesse sentido, concluímos pela utilização de elementos do kit de ferramentas *Direito é Qualidade* como matriz de análise dos dados oriundos das respostas dos tribunais de Justiça, varas de conhecimento e varas de execução.

Elaboramos nova matriz com uma série de procedimentos e processos que devem ser respeitados para garantia do direito à saúde mental da pessoa presa, em todas as fases de sua passagem pelo cárcere e por todas as atribuições cabíveis ao sistema de saúde prisional. Com isso, sinalizamos os contornos e as direções de um protocolo técnico a ser desenvolvido em cada unidade prisional, a partir de apoio institucional da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária em cooperação com a Secretaria de Estado da Saúde e o respectivo Tribunal de Justiça. É certo que o mapa de processos e procedimentos acima elencados tem caraterísticas de *checklist*, o que pode ser positivo tendo em vista que organiza a agenda institucional em torno de ações de monitoramento e avaliação internas ao sistema. Distinto de um documento de determinações institucionais ("Deve realizar a ação x"; "Deve atender à demanda y"), o formato da mensagem convida a observar se as ações em andamento estão adequadas. Distante de protocolos técnicos clínicos ou meramente burocrático-administrativos, trata-se de um conjunto de elementos que podem ser transpostos para um documento diretivo e metodológico que relaciona, sem necessidade de intermediações conceituais ou normativas, o direito constitucional (CDPD) e o procedimento ou processo a ser garantido administrativamente.

Justiça Restaurativa

A despeito de serem diversas as práticas e estratégias restaurativas das quais lançam mão vários segmentos da sociedade e do Estado no Brasil, até o momento, nenhum documento brasileiro nos informa sobre sua adoção no contexto da infração ou execução penal associada a trans-

torno mental. Entre os últimos dois anos, duas relevantes publicações expuseram o cenário da restauratividade no Sistema de Justiça criminal. *O Manual sobre Programas de Justiça Restaurativa*, organizado pelo Escritório sobre Drogas e Crime das Nações Unidas em 2021, objetiva "fornecer uma visão geral do conceito, valores e princípios da Justiça Restaurativa, bem como orientações práticas sobre programas e processos de Justiça Restaurativa" (Nações Unidas, 2021, p. 1), e o realiza, entre outras formas, a partir de cenários de aplicação das estratégias, alinhamento conceitual e experiências inovadoras.

Integrante do Programa Fazendo Justiça, o estudo *Projeto Rede Justiça Restaurativa: possibilidades e práticas nos sistemas criminal e socioeducativo* sistematiza ações promovidas, desde 2020, em 10 tribunais de Justiça e um Tribunal Regional Federal, no bojo da Política Nacional de Justiça Restaurativa no âmbito do Poder Judiciário (competências criminal e socioeducativa) (Brasil, 2021). No que tange a experiências abordadas, uma se desenvolveu no contexto das medidas de segurança — Tribunal de Justiça do Estado do Amapá.

Ao propor uma responsabilização responsável (Günther, 2002), a restauratividade rompe o modelo asilar e desintegrativo (Benedetti, 2005), a começar pela garantia da *dignidade processual* no âmbito da justiça criminal. Ademais, os elementos-conexões *comunidade e responsabilização* aparecem como conceitos-chave nos campos da reforma psiquiátrica e da Justiça Restaurativa, mas sem definições fechadas. Isso implica dizer que, em linhas gerais, o elemento *comunidade* sinaliza uma tentativa de destacar a importância do trabalho em rede para que se encaminhem as questões com a complexidade que elas exigem, e o elemento *responsabilização* localiza-se no ato de responder com engajamento ativo, seja individual, seja coletivamente. Em suas especificidades, no âmbito da Justiça Restaurativa, pode-se afirmar que existem alguns consensos: para se atingir a restauração do dano e o processo de responsabilização acontecer, é fundamental o apoio da comunidade. No bojo da reforma psiquiátrica, da mesma maneira, a base comunitária e as ações em rede configuram uma dimensão cara à produção de cuidado e responsabilização ético-política dos sujeitos envolvidos, independentemente do sofrimento apresentado. Mas, para que esses conceitos-chaves existam, são necessárias políticas públicas que revertam a prescrição normativa em exercício de direitos.

Ao mesmo tempo em que a legislação vem, ainda que tardiamente, sintonizar as políticas penais-judiciárias com o paradigma da reforma psiquiátrica, as experiências interinstitucionais de atenção à saúde mental das pessoas em conflito com a lei vêm pavimentando novos caminhos de cuidado e, com isso, inclusive, fortalecendo os próprios processos decisórios em âmbito executivo. Apresentar, assim, os avanços das práticas de atenção psicossocial na interface com os sistemas de justiça penal, bem como os preceitos e experiências de Justiça Restaurativa que mais se aproximam do contexto em tela, é premente medida para viabilizar a conexão entre as teorias e a prática urgente de um giro restaurativo — porque antimanicomial — e antimanicomial — porque restaurativo.

Essas são as considerações no campo, com reflexões teóricas, produção de dados e perspectivas diretivas de atualização da atuação judiciária no âmbito dos direitos humanos, saúde mental e política criminal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENEDETTI, Juliana C. A Justiça Restaurativa de John Braithwaite: vergonha reintegrativa e regulação responsiva. *In*: **Revista Direito GV**. v. 1, n. 2, p. 209 - 216. São Paulo, 2005. Disponível em: https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/revdireitogv/article/view/35237/34037>. Acesso em: 20 mar. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Caso Ximenes Lopes *vs* Brasil**: Relatório do grupo de trabalho / Conselho Nacional de Justiça; Coordenadores Luis Geraldo Sant'ana Lanfredi, Mauro Pereira Martins. Brasília: CNJ, 2022.

_____. **Manual da política antimanicomial do Poder Judiciário** [recurso eletrônico]: Resolução CNJ nº 487 de 2023 / Conselho Nacional de Justiça, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Ministério da Saúde; coordenação de Luís Geraldo Sant'Ana Lanfredi ... [*et al.*]. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2023. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/09/digital-manual-antimanicomial.pdf. Acesso em: 20 out. 2023.

_____. **Projeto Rede Justiça Restaurativa** [recurso eletrônico]: possibilidades e práticas nos sistemas criminal e socioeducativo / Conselho Nacional de Justiça ... [*et al.*]; coordenação de Luís Geraldo Sant'Ana Lanfredi ... [*et al.*]. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2021. Disponível em: http://cdhep.org.br/wp-content/uploads/2022/03/Relatorio_Final_Projeto_Rede_Justica_Restaurativa_Fazendo_Justica_CNJ.pdf. Acesso em: 20 jun. 2022.

_____. **Recomendação CNJ nº 35, de 12 de julho de 2011**. Dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança. 2011b. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files//recomendacao/recomendacao_35_12072011_22102012170144.pdf. Acesso em: 20 jun. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução CNJ 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". 2010b. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/busca-atosadm?documento=2596. Acesso em: 20 jun. 2022.

_____. **Decreto Legislativo nº 186, de 2008**. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Brasília, DF: Presidência da República, [2008a]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Congresso/DLG/DLG-186-2008.htm. Acesso em: 20 jun. 2022.

_____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, [2001]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 20 jun. 2022.

_____. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2015a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20152018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso em: 20 jun. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 1º set 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014**. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis. Brasília, 2014b. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PORTARIA_N_94_14_01_14.pdf. Acesso em: 20 jun. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direito é qualidade**: kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial nº 1/2014. 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)**. Brasília, 2014a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 20 jun. 2022.

_____. Conselho Nacional de Política criminal e Penitenciária. **Resolução CNPCP nº 4, de 30 de julho de 2010**. Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança, 2010a. Disponível em: http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpcp-1/resolucoes/resolucoesarquivos-pdf-de-1980-a-2015/resolucao-no-4-de-30-de-julho-de-2010.pdf. Acesso em: 20 jun. 2022.

GÜNTHER, Klaus. Responsabilização na sociedade civil. Trad. Flávia Püschel. *In*: **Revista Novos Estudos Cebrap**, São Paulo, n. 63, p. 105-118, jul. 2002.

NAÇÕES UNIDAS. Escritório sobre Drogas e Crime. **Manual sobre programas de Justiça Restaurativa** [recurso eletrônico] / Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime; tradução de Cristina Ferraz Coimbra, Kelli Semolini. 2. ed. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2021. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/09/manual-sobre-programas-de-justica-restaurativa.pdf. Acesso em: 20 jun. 2022.

SOUTHALAN, Louise. **Adapting the WHO QualityRights Tool for the prison setting**. Master's dissertation in Mental Health Policy and Services. NOVA Medical School / Faculdade de Ciências Médicas. Universidade NOVA de Lisboa. Lisboa. Portugal. 2017.

RESOLUÇÃO XIMENES LOPES: O TREM DE DOIDO VAI TRILHAR O CAMINHO DE VOLTA[1]

Haroldo Caetano[2]

Vera Regina Pereira de Andrade identifica o que denomina infância criminológica na criminologia positivista, pela qual o sistema penal seria capaz de promover segurança combatendo o crime e, tal qual o Papai Noel das fantasias infantis, distribuir presentes como a redução da criminalidade e a ressocialização de criminosos. Essa ilusão, explica a professora da Universidade Federal de Santa Catarina e pós-doutora em criminologia e direito penal,

> *radicalmente desconstruída na maturidade criminológica (Criminologias críticas), cresceu, no entanto, maliciosamente, pois, despindo-se da ingenuidade da fantasia infantil, sobreviveu na nudez aberta do mercado econômico, político e midiático, tornando-se um produto: uma ilusão lucrativa com a mais-valia da dor e da morte. Da dor e da morte dos controlados nas masmorras prisionais, dos controladores, sobretudo policiais, das vítimas, dos familiares de controlados e vítimas, sem respostas positivas do sistema, dos que nada têm a ver. Este mercado polifacetado e internamente cúmplice sabe que o Papai Noel não existe, mas sua missão é exatamente perpetuar o ilusionismo (Andrade, 2012, p. 162).*

Não é difícil perceber a presença dessa ilusão tão característica da infância criminológica na literatura jurídico-penal que discute e tenta justificar as medidas de segurança, instrumentos jurídico-penais fundados na teoria da periculosidade, herança do positivismo criminológico. O criminoso nato segue assombrando grande parte do sistema penal, no qual a ilusão da periculosidade, compreendida como característica inata do criminoso, serve como amparo dogmático ao que há muito tempo não se sustenta em evidências científicas.

1 Adaptação da palestra proferida no Seminário Internacional de Saúde Mental: Possibilidades para a efetivação da Política Antimanicomial na interface com o Poder Judiciário (Curitiba, 15 e 16 de junho de 2023).

2 Haroldo Caetano é graduado em Direito (PUC-GO), Mestre em Ciências Penais (UFG) e Doutor em Psicologia (UFF). Promotor de Justiça do Ministério Público do Estado de Goiás, idealizador do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (Paili). Integrante do GT Ximenes Lopes/CNJ. E-mail: haroldocaetano@gmail.com.

Aproveitando a provocação oportuna de Vera Regina Pereira de Andrade, compete ao jurista deste século crescer e, ao encontrar a maturidade criminológica, livrar-se do mitológico monstro lombrosiano e de institutos comprovadamente inaptos, a exemplo das medidas de segurança, criadas para o alcance dos seus propósitos fantasiosos expressamente declarados de tratamento e de cura pelo direito penal.

Sem qualquer lastro científico, precariamente amparadas no determinismo, as medidas de segurança são completamente incompatíveis com o ordenamento constitucional brasileiro, estando também a anos-luz da nova disciplina jurídica da loucura. É necessário, portanto, agora pensando com Paulo Jacobina, "*visitar e desconstruir os alicerces positivistas e deterministas que nossos antepassados nos legaram, já desconformes, inclusive, com os próprios ramos de saber que lhes serviram, à época, de modelo — como a física e a matemática*" (Jacobina, 2008, p. 79). Afinal, conforme proclamam Luciano André Losekann e José Elias Gabriel Neto:

> *Não é possível que, em pleno século XXI, com o avanço da ciência médica e do direito, as práticas sociais e institucionais em torno da loucura e da pressuposta periculosidade do louco em conflito com a lei continuem a estar alinhadas ou sendo ditadas por conceitos que não mais se sustentam (Gabriel Neto e Losekann, 2017, p. 42).*

Nesse processo pelo qual tanto aspiramos na criminologia crítica e no movimento antimanicomial, de passagem da infância à maturidade criminológica, é Winnicott quem vem em nosso auxílio ao tratar do objeto transicional. Se tem sido extremamente difícil a simples ruptura, como seria desejável, com o regime jurídico-penal da loucura inaugurado no Brasil com o Código Penal de 1940, o apoio em mecanismos de transição que possibilitem a mudança paradigmática pode ser de suma importância para que o Sistema de Justiça criminal brasileiro consiga enfrentar e derrubar os obstáculos postos à implementação da reforma psiquiátrica nas medidas de segurança.

Em seu livro *O brincar e a realidade*, o pediatra e psicanalista Donald Winnicott, ao estudar a relação entre a mãe e seu bebê, observou que certos objetos podem desempenhar um papel essencial para a criança a partir dos cinco ou seis meses de vida, como um coelhinho de pelúcia ou uma ponta de cobertor (Winnicott, 1975, p. 19-20). Não tenho aqui a pretensão de enveredar pelas ideias por ele levantadas e de aplicabilidade mais imediata na medicina ou na pedagogia. O que pretendo, por ora, é aproveitar o conceito para destacar que esse objeto escolhido pelo bebê — o coelhinho, o pedaço de pano ou algo parecido — será o objeto transicional que a ele servirá de conforto e amparo quando começa a vivenciar a separação de sua mãe. Isto porque, conforme Winnicott, nos primeiros meses de vida, o bebê não se identifica como alguém distinto da mãe. São uma coisa só. O objeto transicional faz com que seja suportável para o bebê a passagem por esse

processo de amadurecimento, até o momento em que o próprio objeto transicional já não se faça mais necessário e seja abandonado pela criança.

A Resolução 487, que prefiro denominar Resolução Ximenes Lopes (em homenagem àquele que, com seu martírio e morte, permitiu o grande acontecimento que agora presenciamos), contempla essa possibilidade de transição já tão bem demonstrada na experiência exitosa do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (Paili), que logrou a superação do manicômio judiciário em 2006, poucos anos após a edição e vigência da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001). A política de saúde pública implementada em Goiás demonstra há dezessete anos a possibilidade de uma sociedade sem manicômios judiciários.

Apoiada também em outras práticas antimanicomiais, a exemplo do Programa de Atenção ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) e do Programa de Cuidado Integral do Paciente Psiquiátrico (PCI-PP), respectivamente dos estados de Minas Gerais e Piauí, a Resolução Ximenes Lopes convida os membros do Poder Judiciário de todo o país, mas também advogados, membros da Defensoria Pública e do Ministério Público e todos aqueles que se relacionam com o Sistema de Justiça criminal, à maturidade criminológica, livre dos míticos monstros lombrosianos e das frágeis teorias que lhe deram sustentação no final do século XIX e início do século XX.

A Resolução Ximenes Lopes leva o Poder Judiciário a superar a infância criminológica nessa matéria e, com suporte nas experiências que conseguiram superar o manicômio judiciário, ilumina o caminho do Sistema de Justiça criminal para a ruptura com superação da insustentável teoria da periculosidade e, assim, alcançar a maturidade na relação do direito penal com a loucura, regulada há mais de vinte anos nas premissas basaglianas da Lei 10.216/2001. A periculosidade, justificativa vazia utilizada para a violenta segregação do louco, sai de cena para dar lugar ao respeito à diferença e à dignidade humana, uma radical mudança paradigmática, que agora contará com juízas e juízes de todo o Brasil como garantidores dos direitos fundamentais de quem passa pelo sofrimento psíquico. O manicômio judiciário sai; entram em cena a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e o cuidado em liberdade.

A medida de segurança está esvaziada do seu conteúdo sancionatório. Contudo, até que o Supremo Tribunal Federal apague definitivamente essa figura do ordenamento jurídico brasileiro, vamos precisar do objeto transicional de que trata a Resolução, ali referido como dispositivo conector. Esse dispositivo funciona em Goiás há dezessete anos, como mencionado, onde quase mil mulheres e homens já passaram pelo Paili e, com o suporte da Raps, foram poupados dos indescritíveis horrores tão comuns nos estados onde funcionam os manicômios judiciários, renomeados na reforma penal de 1984 como hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, que de hospitais só têm o nome.

A teoria da periculosidade era a base que dava sustentação à medida de segurança e, como consequência, legitimava o funcionamento dos manicômios judiciários. Com a Constituição, que

não recepciona a teoria da periculosidade, esse fundamento não é mais válido. Aliás, não é difícil observar a incompatibilidade das medidas de segurança com o Estado democrático de direito inaugurado em 1988, uma vez que tais institutos, que apareceram na legislação brasileira no Código Penal da ditadura Vargas em 1940, tiveram inspiração no Código Penal da Itália de 1930, do regime fascista de Mussolini. E o fascismo, doutrina que se contrapõe aos fundamentos da democracia e despreza abertamente os direitos humanos, mostrou sua face sombria na primeira metade do século passado. Sim, as medidas de segurança são dispositivos sintonizados com o fascismo e, tal qual a doutrina que levou aos extremos do Holocausto, caracterizam-se pelo racismo, pela intolerância às diferenças e por apresentarem como resposta a pura e simples segregação, acompanhada dos horrores do manicômio.

Não é por coincidência que surgiu o *trem de doido*, expressão comentada por Daniela Arbex no seu livro que, também não por acaso, leva o nome de *Holocausto brasileiro*. As relações com o fascismo parecem se esconder na obviedade do que está completamente exposto:

> *Os deserdados sociais chegavam a Barbacena de vários cantos do Brasil. Eles abarrotavam os vagões de carga de maneira idêntica aos judeus levados, durante a Segunda Guerra Mundial, para os campos de concentração nazista de Auschwitz. A expressão 'trem de doido' surgiu ali. […] Os recém-chegados à estação do Colônia eram levados para o setor de triagem. Lá, os novatos viam-se separados por sexo, idade e características físicas. Eram obrigados a entregar seus pertences, mesmo que dispusessem do mínimo, inclusive roupas e sapatos, um constrangimento que levava às lágrimas muitas mulheres que jamais haviam enfrentado a humilhação de ficar nuas em público. Todos passavam pelo banho coletivo, muitas vezes gelado. Os homens tinham ainda o cabelo raspado de maneira semelhante à dos prisioneiros de guerra (Arbex, 2013).*

Não existe qualquer fundamento que autorize ou legitime as medidas de segurança na Constituição que marca o processo de redemocratização do Brasil. As medidas de segurança são espécies de sanções penais (como declarado à unanimidade pelo Plenário do Supremo Tribunal Federal por ocasião da apreciação do Recurso Extraordinário nº 628.658/RS, julgado em 5 de novembro de 2015). Ocorre que qualquer sanção penal, desde 1988, somente pode ser imposta a quem seja culpável. Então, até que voltemos à culpabilidade como único fundamento jurídico válido para a imposição de sanções penais (como era antes do Código Penal de 1940), vamos conviver com esse ambiente de transição desenhado pelo Conselho Nacional de Justiça na Resolução Ximenes Lopes.

Os dispositivos conectores que agora serão inaugurados em todos os estados brasileiros deverão integrar-se às políticas de atenção em saúde mental, ao Sistema Único de Saúde e ao

Sistema Único de Assistência Social, servindo como instrumentos garantidores dos direitos das pessoas hoje abandonadas nas masmorras, nas casas dos mortos e nos cemitérios dos vivos, e que agora resgatam o direito à vida na cidade e o direito de serem atendidas com dignidade pelos serviços de saúde. Pessoas que só agora, muito tardiamente, reconquistam o título de humanas e que serão acompanhadas pela Raps, com seus equipamentos e serviços e que, agora sem mais orbitar o manicômio, terão na Resolução Ximenes Lopes outro grande reforço para a liberdade como condição fundamental na atenção em saúde mental, que deve se dar no território da cidade.

A Resolução Ximenes Lopes vem para assegurar a liberdade de quem está abandonado para a morte em manicômios judiciários, mas também chega para libertar os que ainda se veem dependentes do manicômio. A experiência da liberdade será terapêutica também para os que acreditam no criminoso nato lombrosiano, para os que ainda defendem o ideário racista que é a primeira razão de ser dos manicômios judiciários.

A Resolução é a norma infralegal que, paradoxalmente, agora se apresenta mais forte do que a própria Lei. Isso se explica pelo nosso histórico autoritário e de horrendas violações de direitos humanos. A vida nua não cabe na democracia. E agora, neste momento em que o país retoma o caminho democrático, com o reforço da deliberação tardia e ao mesmo tempo ousada do Conselho Nacional de Justiça, temos enfim novas possibilidades para o reconhecimento, como sujeitos de direitos, dos milhares de homens e mulheres que passam pela experiência do sofrimento psíquico e que estão aprisionados nos manicômios judiciários brasileiros. Mas não é só sofrimento psíquico, vamos também cuidar das palavras, pois a loucura não se resume à dor; é também potência propulsora da arte e da cultura, da vida e da alegria de viver.

A reforma psiquiátrica chega, enfim, ao Poder Judiciário.

Paulo Amarante ensina que a reforma psiquiátrica pode ser considerada como "*um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria*" (Amarante, 1995, p. 87). Esse processo histórico marcado pelas lutas e conquistas do movimento antimanicomial alcança um novo estágio agora que o Poder Judiciário apresenta a sua Política Antimanicomial que deverá ser cumprida por todas as juízas e juízes brasileiros. Isso não é pouco. É uma decisão que faz da realização dos direitos humanos uma meta institucional. Direitos humanos que são presentes nos discursos, desde aquelas bandeiras simpáticas aos olhos de uma sociedade marcada pela intolerância e pelo histórico autoritário e racista, mas que se apagam ao se aproximar da porta dos presídios juvenis, ao ignorar a extrema violência institucional praticadas nos presídios de homens e de mulheres e na negação da máxima violação da dignidade humana, que é a marca maior dos manicômios judiciários.

Agora é a hora da rede de atenção psicossocial. É a hora do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único da Assistência Social. É a hora da democracia, da liberdade e da vida!

A atenção em liberdade às pessoas hoje sepultadas nos cemitérios dos vivos, entregues ao aniquilamento em vida na casa dos mortos, passa a integrar esse processo, pois gente não é para morrer em manicômio, mas sim para viver na plenitude a delícia e a dor de ser o que é.

A liberdade é terapêutica! E será terapêutica não apenas para loucos, mas também para promotores, psiquiatras e juízes, e para todos os que ainda sofrem da doença que é o próprio manicômio.

O trem de doido, aquele só fazia a viagem de ida, vai, enfim, trilhar o caminho da volta.

Encerro com a esperança de Beto Guedes:

Já choramos muito

Muitos se perderam no caminho

Mesmo assim, não custa inventar

Uma nova canção que venha nos trazer

Sol de primavera

Abre as janelas do meu peito

A lição sabemos de cor

Só nos resta aprender

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil (livro eletrônico). 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ANDRADE, Vera Regina Pereira de. **Pelas mãos da criminologia**: o controle penal para além da (des)ilusão. Rio de Janeiro: Revan, Instituto Carioca de Criminologia, 2012.

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

GABRIEL NETO, José Elias e LOSEKANN, Luciano André. **Medidas de segurança e periculosidade**: aspectos jurídicos, médicos e psicológicos. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2017.

JACOBINA, Paulo. **Direito Penal da Loucura**. Brasília: ESMPU, 2008.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.

APONTAMENTOS SOBRE A CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E A LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Luís Fernando Nigro Corrêa[1]

O Conselho Nacional de Justiça, ao aprovar a Resolução 487/2023, estabeleceu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, ensejando grande debate sobre a aludida política, embora a reforma psiquiátrica assentada no redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental já estivesse em vigor desde 2001, com o advento da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/01).

Para delinear o papel do Judiciário nesse cenário, é oportuno atentar para os dois diplomas normativos mencionados pela ementa da Resolução, ao fazer alusão a procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e a própria Lei nº 10.216/01.

Cumpre observar que ambos os dispositivos legais mencionados estão em vigor há vários anos em nosso país, sendo que a Convenção ainda tem a particularidade de ter sido internalizada nos termos do art. 5º, § 3º, da Constituição da República e, portanto, possui status de emenda constitucional.

A Convenção sedimentou o modelo social de compreensão da deficiência, também denominado paradigma de direitos humanos, que se contrapõe aos modelos de prescindibilidade e individual de compreensão da deficiência. Interessante observar que, ao estabelecer uma política "antimanicomial", voltada aos cuidados em saúde, preferencialmente, no território do sujeito, tal diretriz, além de se assentar no próprio direcionamento da assistência à saúde estabelecido na Lei nº 10.216/01, guarda perfeita harmonia com o modelo social ou de direitos humanos de compreensão da deficiência.

Nesse passo, faz-se oportuno tecer breve abordagem dos mencionados modelos, inclusive para situar as práticas manicomiais próprias dos modelos que não encontram amparo na Convenção que, no Brasil, veio especificar os direitos das pessoas com deficiência formalmente em sede constitucional.

1 O autor é Mestre e Doutor em Direito Internacional pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. Mestre em Integração Europeia pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Juiz de Direito do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais.

De início, é fundamental esclarecer o que se entende e o que abarca o denominado "modelo de prescindibilidade", pois, durante séculos, as pessoas com deficiência sofreram com a postura da sociedade de evidente exclusão, sedimentando-se a consideração de que tais pessoas não teriam nada a contribuir com ela.

Tal exclusão se aperfeiçoava ora com a marginalização de tais pessoas, ora com sua efetiva eliminação e, por tal razão, entende-se que o modelo de prescindibilidade, cuja denominação foi precisamente sugerida por Agustina Palácios (2008, p. 26), divide-se em submodelo de eliminação[2] e de marginalização.

No submodelo de eliminação, considera-se que a pessoa com deficiência é um ser cuja vida não vale a pena ser vivida e, em diversas sociedades no curso da história, as práticas de eliminação de pessoas com deficiência foi aceita (Palácios, 2008, p. 38). Quanto ao submodelo de marginalização, lembra Palácios que a característica principal presente neste é a exclusão, seja em decorrência de se subestimar as pessoas com deficiência e considerá-las objeto de compaixão, seja em razão de temor ou rejeição por considerá-las produto de malefícios ou advertência de um perigo iminente. Assim, ora por menosprezo, ora por medo, a exclusão parecia ser a resposta social que geraria maior tranquilidade (Palácios, 2008, p. 54).

No que concerne à prescindibilidade das pessoas com deficiência externada pela sua eliminação, por meio de práticas como a da "exposição" em Esparta, ou mesmo a insculpida na Tábua IV, das Doze Tábuas, que propiciava ao pai matar seu filho que nascesse disforme, mediante o julgamento de 5 vizinhos (Meira, 1972, p. 169). Salienta-se que sua ocorrência não ficou restrita a tempos tão remotos.

Desafortunadamente, há um exemplo repugnante de eliminação em massa de pessoas com deficiência em pleno século XX. Kenny Fries, em artigo publicado no The New York Times, intitulado *The Nazis' First Victims Were the Disabled* (2017, p.1), lembra do programa de "eutanásia" nazista para exterminar as pessoas com deficiência, apontando que aproximadamente 300.000 pessoas nessas condições foram assassinadas sob a égide de tal iniciativa.

Se as pessoas com deficiência foram os primeiros alvos dos nazistas, em um plano de extermínio que não foi inédito, haja vista os vários exemplos históricos de eliminação de tais pessoas, o certo é que dentro do modelo de prescindibilidade encontramos, ainda, o submodelo de marginalização, pelo qual tais pessoas, tidas como perigosas ou objeto de compaixão, são retiradas do convívio social, destacando-se neste escopo de isolamento as instituições totais que, segundo Aranha, existem desde o século XVI (2001, p. 8).

2 Palácios denomina o submodelo de eliminação de eugenésico (2008, p. 38), colocando-o ao lado do submodelo de marginalização sob a égide do modelo de prescindibilidade ("prescindência"). Entende-se que a denominação "submodelo de eliminação" revela melhor as práticas abarcadas em tal submodelo, complementares àquelas do "submodelo de marginalização", proposto pela própria Palácios, para formar, então, o "paradigma de prescindibilidade".

Se nesse segundo submodelo as pessoas com deficiência não são assassinadas, são excluídas da sociedade, pois passam a ser isoladas do convívio social, consideradas incapazes e perigosas, por extensos lapsos temporais ou mesmo durante toda a vida, considerando que o cotidiano de tais instituições marca de forma indelével as pessoas nelas internadas.

Vale salientar que a segregação por meio da institucionalização, ainda que atrelada a um discurso médico, voltada ao indivíduo, em nada se confunde com o modelo individual[3], o qual ganha especial importância na década de 1960. Isso porque a institucionalização tinha por escopo efetivo e primordial afastar as pessoas "inconvenientes" à sociedade.

Nesse respeito, é precisa a ponderação de Foucault sobre o caráter de segregação da internação:

> *O classicismo inventou o internamento, um pouco com a Idade Média a segregação dos leprosos; o vazio deixado por estes foi ocupado por novas personagens no mundo europeu: são os 'internos' (1978, p. 61).*

Ou seja, o propósito de tais locais de internação centrava-se no isolamento das pessoas que a sociedade poderia prescindir de seu convívio. Foucault destaca o ano de 1656, em alusão à fundação do Hospital Geral de Paris, salientando que "em seus propósitos, o Hospital Geral não se assemelha a nenhuma ideia médica. É uma instância da ordem, da ordem monárquica e burguesa que se organiza na França nessa mesma época". Arremata Foucault: "antes de ter o sentido médico que lhe atribuímos, ou que pelo menos gostamos de supor que tem, o internamento foi exigido por

3 Com o movimento de desinstitucionalização ocorrido na segunda metade do século XX, surgiu a necessidade de se buscar uma forma de direcionar o retorno das pessoas com deficiência ao meio social. Desafortunadamente, o caminho encontrado foi aquele lastreado na ideia da "normalização", por meio da qual a pessoa com deficiência poderia ser reintegrada à sociedade desde que se aproximasse do que se considerava uma condição "normal" dos seus integrantes. De início, constata-se a consideração da existência de uma condição "normal", para evidentemente classificar a pessoa com deficiência como aquela que apresenta um "desvio" em relação a tal padrão de normalidade. É aí que o aporte médico se julga oportuno, para "curar" o indivíduo ou, ao menos, trazê-lo a condições mais próximas do considerado "normal" pela sociedade. Maria S. Aranha salienta que, ao "se afastar do paradigma da institucionalização (não mais interessava sustentar uma massa cada vez maior de pessoas, com ônus público, em ambientes segregados; interessava desenvolver meios para que estes pudessem retornar ao sistema produtivo), criou-se o conceito de integração, fundamentado na ideologia da normalização, a qual advogava o 'direito' e a necessidade de as pessoas com deficiência serem 'trabalhadas' para se encaminhar o mais proximamente possível para os níveis de normalidade, representada pela normalidade estatística e funcional. Assim, integrar, significava, sim, localizar no sujeito o alvo da mudança, embora para tanto se tomasse como necessário mudanças na comunidade. Estas, na realidade, não tinham o sentido de se reorganizar para favorecer e garantir o acesso do diferente a tudo o que se encontra disponível na comunidade para os diferentes cidadãos, mas sim, o de lhes garantir serviços e recursos que pudessem 'modificá-los' para que estes pudessem se aproximar do 'normal' o mais possível" (2001, p. 16-17). Ou seja, de um modelo de prescindibilidade, no qual se dispensava a participação do indivíduo com deficiência, seja pela eliminação, seja pela marginalização, parte-se para outro modelo, igualmente discriminatório, que impinge a tais pessoas que elas sejam modificadas para serem aceitas na sociedade. Nesse sentido, Sara Goering pondera que: "Um resultado do entendimento médico comum de deficiência é que pessoas com deficiência frequentemente relatam sentirem-se excluídas, desvalorizadas, pressionadas para se enquadrar em um padrão questionável, e/ou tratadas como se fossem integralmente incapazes" (2015, p. 134, tradução nossa).

razões bem diversas da preocupação com a cura" (1978, p. 57 e 72-73)[4].

Em tais instituições de internação, o que prevalecia era um tratamento moral, assentado em castigos. Lembra Foucault que:

> *A justiça que reina no asilo de Pinel não empresta da outra justiça seus modos de repressão; inventa os seus. Ou melhor, utiliza os métodos terapêuticos que haviam sido difundidos no século XVIII, deles fazendo formas de castigo. E essa conversão da medicina em justiça, da terapêutica em repressão, não é um dos menores paradoxos da obra 'filantrópica' e 'libertadora' de Pinel. Na medicina da época clássica, banhos e duchas eram usados como remédios de acordo com a imaginação dos médicos sobre a natureza do sistema nervoso: tratava-se de refrescar o organismo, de distender as fibras ardentes e ressecadas (1978, p. 544).*

Cumpre observar que no Brasil Colônia predominava, igualmente, a exclusão das pessoas com deficiência. Há relatos de crianças com deficiência física ou mental "abandonadas em lugares assediados por bichos que muitas vezes as mutilavam ou matavam" (Jannuzzi, 2004, p. 9)[5].

Criou-se em 1726, na cidade de Salvador, a primeira "Roda dos Expostos", posteriormente, também implementada no Rio de Janeiro (1738), Recife (1789) e São Paulo (1825), elemento que marca o início de uma prática típica do modelo de prescindibilidade que se estendeu até meados do século XX. As *rodas dos expostos* tiveram origem na Itália, na Idade Média, com o propósito de receber bebês abandonados. O nome deriva do aparato de forma cilíndrica que ficava separado ao meio por uma divisória, propiciando que a pessoa colocasse o bebê na roda e a girasse para que ele já estivesse do lado de dentro da instituição, sem que a pessoa que o ali abandonava tivesse qualquer contato com as pessoas da instituição.

Ainda no bojo do modelo de prescindibilidade, sob a égide do submodelo de marginalização, marcante é a prática da exclusão por meio de instituições totais. Salienta-se, nesse sentido, a criação do Hospício de Pedro II por Decreto de 1841, que veio a ser inaugurado em 1852, posteriormente denominado Hospício Nacional de Alienados e, finalmente, Hospital Nacional de Alienados. No mesmo ano de 1852 nascia, em São Paulo, o Hospício Provisório de Alienados, que seria substituído pelo Hospício do Juqueri, inaugurado em 1898.

4 Foucault destaca, ainda, as origens da internação na Inglaterra, que remontam a 1575, em um ato relativo à "punição dos vagabundos e alívio dos pobres", determinando a construção, em cada condado, de ao menos uma "casa de correção". Tal sistema espalhou-se pela Europa e, ao final do século XVIII, recebia condenados, vagabundos, insanos e mesmo pessoas que perturbavam suas famílias (Foucault, 1978, p. 63).

5 Lembra Jannuzzi (2004, p. 9) que, no final do século XVII, foi apresentado pedido de providências ao rei de Portugal pelo governador da província do Rio de Janeiro contra tal prática do abandono de crianças, que acabavam mortas.

O Hospital Nacional de Alienados funcionou até 1944, sendo que os internos que ainda ali se encontravam foram transferidos para a Colônia de Jacarepaguá (posteriormente denominada Colônia Juliano Moreira).

Outras instituições totais para receber alienados também foram criadas ainda no século XIX, nos Estados de Pernambuco, Pará, Bahia, Rio Grande do Sul e Ceará (Oda; Dalgalarrondo, 2005, p. 986).

Às pessoas internadas em tais instituições era aplicado o tratamento moral pautado nas ideias de Pinel, com os efeitos próprios de anulação do sujeito, desprezando-se sua individualidade, submetendo a pessoa internada a uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu. Como bem observa o sociólogo canadense Goffman, o eu do internado é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado (1974, p. 24).

Um relato para ilustrar como se dava o ingresso dos indivíduos no Hospital Nacional de Alienados nos é dado por um ilustre internado, Lima Barreto, que, no seu Diário do Hospício (1993, p. 23-24), revelou:

> *Estou no Hospício ou, melhor, em várias dependências dele, desde o dia 25 do mês passado. Estive no pavilhão de observações, que é a pior etapa de quem, como eu, entra para aqui pelas mãos da polícia.*
>
> *Tiram-nos a roupa que trazemos e dão-nos uma outra, só capaz de cobrir a nudez, e nem chinelos ou tamancos nos dão. [...] Deram-me uma caneca de mate e, logo em seguida, ainda dia claro, atiraram-me sobre um colchão de capim com uma manta pobre, muito conhecida de toda a nossa pobreza e miséria.*
>
> *[...]*
>
> *Da outra vez, fui para a casa-forte e ele me fez baldear a varanda, lavar o banheiro, onde me deu um excelente banho de ducha de chicote. Todos nós estávamos nus, as portas abertas, e eu tive muito pudor. Eu me lembrei do banho de vapor de Dostoiévski, na Casa dos Mortos. Quando baldeei, chorei; mas lembrei de Cervantes, do próprio Dostoiévski, que pior deviam ter sofrido em Argel e na Sibéria.*
>
> *Ah! A Literatura ou me mata ou me dá o que eu peço dela.*

Extrai-se da narrativa de Lima Barreto, além da forma com que a pessoa tem, efetivamente, de se despir da condição de sujeito ao ingressar na instituição total, deixando até mesmo suas vestes, a comparação, diga-se de passagem, sem qualquer traço de alucinação, com a prisão de Cervantes em Argel ou a de Dostoiévski, na distante Sibéria. Verifica-se que o objetivo precípuo das instituições totais era o de excluir as pessoas que não se moldavam ao padrão social, não sendo

elas, pois, sequer toleradas no seio da sociedade. Por isso, esta as lançava em depósitos de pessoas espalhados em diversas localidades do país.

Parcela significativa de tais pessoas internadas era formada por pessoas com deficiência intelectual, mental e até mesmo sensorial ou física, normalmente rejeitadas pelas famílias que as consideravam um fardo, conceito sobre as pessoas com deficiência que, aliás, permeava a própria sociedade.

O conto de Guimarães Rosa *Sorôco, sua mãe, sua filha* (Rosa, 2016), refere-se a um indivíduo (Sorôco) que leva sua mãe e sua filha até a estação de trem para embarcá-las com destino ao Hospital Colônia de Barbacena, instituição total localizada em Minas Gerais, que iniciou suas atividades em 1903, no local onde funcionava um sanatório particular para tratamento de tuberculose[6]. Exatamente da alusão aos trens que levavam as pessoas para internação no Hospital Colônia de Barbacena nasceu a expressão "trem de doido".

Guimarães Rosa bem conhecia o aludido trem e o próprio Hospital Colônia de Barbacena, pois foi para a cidade em 1933 como Oficial Médico do 9o Batalhão de Infantaria, em período que antecedeu sua carreira diplomática.

Do referido conto, é possível extrair a consideração da sociedade de que as duas mulheres tidas por loucas eram um peso para Sorôco, o que justificaria o encaminhamento delas ao Hospital Colônia de Barbacena, cientes todos de que se tratava de uma viagem sem volta.

O referido hospital, ao qual alude o conto de Guimarães Rosa, em nada se afastou das características das demais instituições totais no Brasil e alhures. No entanto, analisa-se os relatos do que se passou em tal instituição no curso do século XX, em especial até a década de 1980, pois parece um cristalino exemplo que revela como as instituições totais arrasam com a dignidade da pessoa e não podem estar inseridas em outro modelo que não o da prescindibilidade, sob a égide do submodelo de marginalização, pois as pessoas que são depositadas em tais locais ou não retornam ao convívio social, que foi o caso de 60.000 pessoas no Hospital Colônia de Barbacena (Arbex, 2018, p. 26), ou, quando retornam, ao menos fisicamente, carregam a marca indelével da internação pelo resto da vida e, de certa forma, tornam-se prisioneiros eternos desses locais que não deixam suas almas[7].

6 Interessante que a área em que foi estabelecido o Hospital Colônia de Barbacena pertencera anteriormente ao delator dos inconfidentes Joaquim Silvério dos Reis, proprietário da Fazenda da Caveira.

7 Nesse sentido, menciona Arbex (2018, p. 33) o caso do indivíduo que ficou quase meio século no Hospital Colônia e "quando se viu fora dos muros do hospital, não sabia como sobreviver sem amarras. – A que horas as luzes se apagam aqui? – perguntou na primeira noite liberto do cativeiro. Retirado do convívio social por quase meio século, ele jamais poderia imaginar que agora era o dono do seu tempo e que tinha ele mesmo o poder de clarear ou escurecer o ambiente com um simples toque no interruptor. Além de nunca ter visto um apagador de luz, ser dono de si era uma novidade para quem viveu décadas de institucionalização. Para Antônio, no entanto, desvencilhar-se do Colônia foi tão difícil quanto mudar de endereço. O hospital estava ali, marcado não só em seu corpo, mas também impregnado em sua alma. Por isso, os pesadelos tornavam seu sono sobressaltado e se repetiam noite após noite. Acordava com o suor umedecendo o pijama e sempre com a mesma sensação de terror. Olhava ao redor para ver onde estava e descobria que os eletrochoques com os quais sonhava ainda o mantinham prisioneiro do Colônia".

Embora as críticas ao que se passava no Hospital Colônia de Barbacena tenham ganhado força na década de 1970, foi em julho de 1979 que um acontecimento serviu para descortinar a situação, dando força à luta antimanicomial no Brasil. Trata-se da visita de Franco Basaglia à instituição.

Franco Basaglia foi o grande expoente da Psiquiatria Democrática Italiana, um movimento antimanicomial que logrou levar a cabo a reforma psiquiátrica na Itália. Fundamental para tal reforma foi o advento da Lei 180 de 1978, texto legal que ficou conhecido como Lei Basaglia, e trouxe uma concepção humanizadora para o tratamento do paciente psiquiátrico, acarretando o fechamento de manicômios naquele país.

Na visita ao Hospital Colônia de Barbacena, Basaglia deparou-se com as condições desumanas daquele local de depósito de pessoas e, retornando a Belo Horizonte, pediu a presença da imprensa para afirmar que: "Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta" (Arbex, 2018, p. 207).

A repercussão do alerta de Basaglia foi um impulso ao movimento antimanicomial no Brasil, sendo certo que em 12 de setembro de 1989 foi apresentado o Projeto de Lei relativo à reforma psiquiátrica que, desafortunadamente, levou quase doze anos para, finalmente, tornar-se a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Referida norma estabelece os direitos da pessoa com transtorno mental, estabelecendo a internação como medida excepcional, sujeita à observância de todos os direitos reconhecidos ao internado.

Nesse passo, é possível encontrar um ponto comum entre o caminho da construção dos direitos das pessoas com deficiência pela quebra do paradigma da prescindibilidade e o da luta antimanicomial que levou à promulgação da Lei nº 10.216/01, pois ambos movimentos tinham por objetivo propiciar às pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial os cuidados adequados e, com todo o apoio eventualmente necessário, a reinserção no meio social, sem a marginalização em ambientes diversos, muitas vezes, por toda a vida, sem as intervenções terapêuticas adequadas.

Na sedimentação dos direitos das pessoas com deficiência, a própria definição de quem seriam tais indivíduos trazida pela Convenção evidenciou a adoção do modelo social[8] de compreensão da deficiência, ao assentar em seu art. 1o que tais pessoas "[...] são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação

8 O termo "modelo social" foi apresentado por Michael Oliver ainda na década de 1980 em contraposição ao "modelo individual" de compreensão da deficiência. Oliver observou que a deficiência estaria relacionada às condições sociais, estabelecendo-se uma diferenciação entre os termos "impedimento" e "deficiência". Tal distinção é deveras importante. Como bem diferencia o professor: "Deficiência é a desvantagem ou limitação de atividade causada por padrões políticos, econômicos e culturais de uma sociedade que não considera ou considera pouco as pessoas que têm impedimentos e, assim, as exclui das principais atividades. [...] Impedimento é a característica da mente, do corpo ou dos sentidos dentro do indivíduo, que são de longo prazo e podem ser ou não resultado de uma doença, genética ou de lesão (2012, p. 16, tradução nossa). A diferenciação acima propicia pensar a deficiência não centrada no indivíduo, mas nas barreiras existentes para a inclusão deste na sociedade, diferentemente do que se fazia no modelo médico, no qual a superação dos impedimentos era o caminho oferecido para a aceitação do indivíduo.

com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas".

Tal definição, de um lado, assenta o propósito da participação da pessoa com deficiência na sociedade, afastando as práticas baseadas no modelo de prescindibilidade e, de outro lado, desloca o foco da deficiência do indivíduo (modelo individual, médico ou de reabilitação) para as barreiras que, em interação com as características do indivíduo, podem impedir sua participação efetiva na sociedade.

Aliás, a plena e efetiva participação da pessoa com deficiência na sociedade é também um princípio insculpido na alínea "c" do art. 3º da Convenção, como princípio, além de ser o propósito maior de tal diploma.

Evidentemente, há hipóteses em que a pessoa com deficiência pode ter a liberdade suprimida, e a Convenção tratou especificamente disso, disciplinando, em seu art. 14.1. "b", que elas: "Não sejam privadas ilegal ou arbitrariamente de sua liberdade e que toda privação de liberdade esteja em conformidade com a lei, e que a existência de deficiência não justifique a privação de liberdade".

Se partirmos do dispositivo com *status* constitucional e pensarmos, exemplificativamente, nos indivíduos com alguma deficiência de natureza intelectual ou mental, abarcados pela definição do art. 1º da Convenção, que tenham sido absolvidos impropriamente e submetidos à medida de segurança, medida esta que implica um tratamento, como esclarece o art. 99, do CPB, deveremos buscar qual norma deve reger o tratamento terapêutico a que deve se submeter o indivíduo no bojo da referida medida de segurança.

Nesse passo, é exatamente a Lei nº 10.216/01 que fornece as diretrizes legais sobre o tratamento em saúde mental no Brasil[9], assentando o seu art. 4o que "a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, esclarecendo o § 1º do dispositivo que "o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio".

Os parágrafos 2º e 3º do mencionado art. 4º estabelecem, respectivamente, que: "o tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros." (§ 2º); e que "é vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º, e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º" (§ 3º).

9 Os incs. do parágrafo único do art. 6o elencam as espécies de internação, sendo a do inc. III aquela denominada compulsória, determinada pela Justiça, como é aquela atrelada à medida de segurança que fixa tal medida excepcional.

Dentre os direitos assegurados aos pacientes no art. 2º, destacamos os seguintes: acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração; ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; e, ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Portanto, na hipótese de descumprimento de qualquer dos direitos assegurados aos indivíduos em tratamento, ainda que naquele derivado da aplicação de medida de segurança, teríamos a inobservância da lei que rege, inclusive, a internação derivada de ordem judicial e, consequentemente, desatendida estaria a condição fixada no art. 14.1. "b" da Convenção.

Assim, faz-se necessário resguardar a observância dos preceitos da Convenção e da Lei da Reforma Psiquiátrica, sendo certo que o tratamento em saúde mental deve ser amparado nos elementos biopsicossociais, seguindo-se um Projeto Terapêutico Singular (PTS), o que rompe completamente com as características dos cuidados lastreados no modelo manicomial, próprio do paradigma de prescindibilidade de compreensão da deficiência.

Urge, assim, mobilizar elementos do nosso ordenamento insculpidos há muitos anos e, desafortunadamente, não observados na prática, no que concerne às pessoas com transtorno mental ou qualquer deficiência psicossocial imbricada com a justiça criminal.

Pensar no papel da Justiça na reforma psiquiátrica passa, incontornavelmente, pelo desempenho do mister precípuo do Poder Judiciário, qual seja, a prestação jurisdicional de forma harmônica com os princípios e regras de nosso ordenamento. Isto é, neste caso, que não acolhem práticas no tratamento em saúde mental as quais inobservem a dignidade do paciente, nos termos insculpidos na Lei nº 10.216/01, reforçados pelos preceitos estampados na Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência, diploma que tem força constitucional internamente e que é compromisso internacional assumido pelo Estado brasileiro.

Especificamente no que tange às medidas de segurança, cumpre assegurar que o tratamento a que se refere o art. 99 do Código Penal desenvolva-se nos moldes estabelecidos pela Lei da Reforma Psiquiátrica, com observância dos ditames que regem os cuidados em saúde das pessoas com transtorno mental ou qualquer deficiência psicossocial.

Além disso é importante destacar a qualificação das audiências de custódia, que podem se revelar instrumento essencial para encaminhamento adequado dos casos que envolvam indivíduos que demandam cuidados em saúde mental, propiciando uma intervenção terapêutica adequada e efetiva.

Cumpre resguardar, ainda, o atendimento em saúde mental aos indivíduos com a liberdade suprimida, seja em prisão processual ou em cumprimento de pena e, ainda, àqueles em cumprimento de medidas cautelares diversas da prisão é algo que decorre da própria universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Todas as ações necessárias a serem tomadas pelo Poder Judiciário no sentido de implementar a reforma psiquiátrica aos indivíduos com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial e, consequentemente, observar os ditames da Convenção e da Lei nº 10.216/01 pressupõem uma capacitação apropriada daqueles que trabalham na administração da justiça, considerando a complexidade do tema e a necessidade de uma abordagem multidisciplinar.

O próprio art. 13.2. da Convenção fez expressa alusão à necessidade de capacitação de forma, inclusive, a propiciar o devido acesso à justiça e aos cuidados às pessoas com deficiência. Nesse horizonte é que a Resolução estabeleceu em seu art. 21 a possibilidade de os tribunais promoverem cursos destinados à permanente qualificação e atualização de magistrados e servidores no tema da saúde mental.

Certamente, o alinhamento das ações do Poder Judiciário aos preceitos que regem os cuidados em saúde mental estampados em nosso ordenamento é passo fundamental para a efetiva mudança de paradigma dos cuidados com as pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial.

Contudo, é necessário, ainda, que o Poder Executivo, especialmente nas áreas da saúde e da assistência social, cumpra seu dever de cuidado de tais indivíduos imbricados em processos de natureza criminal, possibilitando sua reinserção social atrelada às intervenções terapêuticas necessárias, de maneira planejada e com o apoio que se faça pertinente, assegurando-se, assim, tanto a dignidade do respectivo sujeito quanto o interesse da sociedade em que será inserido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANHA, Maria Salete. Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência. **Revista do Ministério Público do Trabalho**, Brasília, ano XI, n. 21, p. 160- 173, 2001.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. 21ª edição. São Paulo: Geração Editorial, 2018.

BARRETO, Lima. **Diário do Hospício**: o cemitério dos vivos. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura. Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, 1993.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura na Idade Clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FRIES, Kenny. **The Nazis' First Victims Were the Disabled**. The New York Times, Nova York, 13 set. 2017. Disponível em: http://www.nytimes.com/2017/09/13/opinion/nazisholocaust-disabled.html. Acesso em: 2 out. 2018.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva. 1974.

JANNUZZI, Gilberta S. de M. **A educação do deficiente no Brasil**: dos primórdios ao início do século XXI. Campinas: Autores Associados, 2004.

MEIRA, Sílvio A. B. A Lei das XII Tábuas – Fonte do Direito Público e Privado. 3ª edição. Rio de Janeiro: Forense, 1972.

ODA, Ana M. G. R.; DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *In*: **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos. Rio de Janeiro, vol. 12, n. 3, p. 983-1010, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php? script=sci_arttextπd=S0104-59702005000300018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 fev. 2019.

OLIVER, Michael. **Social Work with Disabled People**. 4ª edição. Londres: Palgrave Macmillan, 2012.

PALACIOS, Agustina. **El modelo social de discapacidad**: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madri: Grupo Editorial Cinca, 2008.

ROSA, J. Guimarães. **Primeiras Estórias**. 16ª edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.

RESOLUÇÃO CNJ Nº 487: UMA ANÁLISE PARA DESCONSTRUIR NARRATIVAS FALACIOSAS

Lucio Costa[1]

A aprovação da Resolução CNJ nº 487, em 15 de fevereiro de 2023, simboliza um marco na instituição da Política Antimanicomial do Poder Judiciário. A normativa estabelece diretrizes para implementar a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e a Lei nº 10.216/2001, da Reforma Psiquiátrica, com foco nas pessoas em medida de segurança no país.

Até chegar a seu texto final e, por consequência, a sua aprovação, a normativa passou por um processo de construção que mobilizou dois anos de atividades no Grupo de Trabalho destinado à realização de estudos e medidas voltadas à superação das dificuldades relativas à promoção da saúde mental no Brasil. O GT foi criado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) em atendimento ao compromisso firmado junto à Corte Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (CIDH/OEA), no caso Damião Ximenes Lopes vs. Brasil. O colegiado reuniu especialistas de várias regiões do Brasil e desempenhou papel fundamental na proposição de atividades de formação sobre os parâmetros internacionais de direitos humanos relacionados ao tratamento das pessoas com transtornos mentais.

Embora a Resolução CNJ nº 487 represente um evidente progresso na proteção de direitos, narrativas enganosas têm sido apresentadas quanto à sua eficácia e seu modo de implementação. A aprovação desse importante instrumento também suscitou discursos estereotipados sobre as pessoas com transtornos mentais que enfrentam questões jurídicas ou que estão cumprindo medidas de segurança.

Contextualizando o processo histórico

Voltando um pouco no tempo, há de se destacar que o processo de garantia de direitos e a construção de estratégias de desinstitucionalização das pessoas em cumprimento de medida de segurança no Brasil não é recente. Em 2011, tive a oportunidade de trabalhar no Ministério da Saúde — mais especificamente na Coordenação Nacional de Saúde no Sistema Prisional —, na produção de uma Portaria Ministerial voltada a promover o processo de desinstitucionalização dessa população.

1 Diretor Executivo do Desinstitute.

Um dos motivadores para a criação de uma normativa na área foi a publicação de uma série de reportagens pelo jornal *O Globo*, entre os anos de 2011 e 2012, que abordavam a situação dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil. O conteúdo denunciava uma série de violências contra as pessoas internadas, assim como revelava a situação de prisão perpétua de pessoas nessas instituições.

Em 2012, finalmente começam a ganhar contornos as medidas para enfrentar essa situação. Em ação conduzida pela Coordenação Geral de Saúde no Sistema Prisional do Mistério da Saúde e a partir de um amplo diálogo com especialistas na área de todo Brasil, iniciou-se o processo de elaboração dos *serviços de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)* — conhecidas popularmente como EAPs. Tais serviços foram posteriormente formalizados pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria 94/2014.

Como registro histórico, vale informar que, inicialmente, a proposta era que essa portaria fosse incorporada e gerenciada pela Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, e não pela Coordenação Geral de Saúde no Sistema Prisional. A ideia era que a Coordenação Geral de Saúde no Sistema Prisional elaborasse o texto, como o fez, e que as EAPs ficassem vinculadas à Coordenação Nacional de Saúde Mental – o que acabou por não ocorrer.

Isso porque, no momento final, decidiu-se que as EAPs ficariam "sob tutela" da Coordenação Geral de Saúde no Sistema Prisional — o que, na prática, acabou por representar um prejuízo significativo para o desenvolvimento da política pública, uma vez que a antiga Coordenação Geral de Saúde Mental era uma pasta que dispunha de muito mais recursos e que reunia uma ampla expertise em processos de desinstitucionalização.

Também como registro histórico, vale ainda destacar que, em 2015, em um processo de reestruturação do Ministério da Saúde, a Coordenação Geral de Saúde no Sistema Prisional foi extinta da estrutura da pasta — sendo, atualmente, apenas uma linha dentro do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério. A medida traz preocupação, visto que a Coordenação Geral de Saúde no Sistema Prisional era muito importante, inclusive como forma de marcar a estruturação de uma política pública que chegasse dentro das unidades prisionais no Brasil.

De acordo com as informações que atualmente circulam, desde a restruturação dessas áreas, as EAPs estão sufocadas financeiramente. Seria, portanto, uma oportunidade incorporá-las ao Departamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Fazer esse resgate histórico é relevante para compreender que a Resolução CNJ nº 487 não inventa ou inaugura algo novo, mas que se soma a um processo que é histórico, lento e que chega em um momento fundamental de avanços nessa temática.

As pessoas não devem se tratar: elas podem se tratar

Diante de narrativas frágeis que tentam trincar ou invalidar a Resolução CNJ nº 487, devemos partir do princípio de que saúde mental não é uma preocupação exclusiva de psicólogos, médicos, enfermeiros ou assistentes sociais. Ela transcende essas categorias e está intrinsecamente ligada à cidadania, a direitos humanos e a como vivemos e nos relacionamos em sociedade.

É preciso olhar esse cenário e desconstruir narrativas falaciosas, que mais servem para confundir a opinião pública do que propriamente discutir o conteúdo da Resolução aprovada pelo Conselho Nacional de Justiça.

Ao falarmos de cuidado e proteção à saúde, o que deve orientar o nosso olhar é que, no Brasil, no aspecto jurídico, ninguém pode ser obrigado a se tratar, independentemente de qual seja a questão de saúde. A Constituição Federal concebe a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, não o contrário. Nesse sentido é importante compreender que as pessoas não devem se tratar, elas *podem* se tratar — e o Estado tem que ofertar os serviços necessários para que isso aconteça.

Qualquer tratamento ofertado a uma pessoa deve ter como referência a exclusiva finalidade de beneficiar a sua saúde, de modo que as diretrizes que guiarão a forma de tratamento devem estar apoiadas em evidências científicas e em consonância com o ordenamento jurídico brasileiro, bem como com a garantia de direitos e levando em consideração os princípios do Sistema Único de Saúde.

A Resolução CNJ apenas traduz um conjunto de legislações já existentes

Estão em tramitação alguns Projetos de Lei para tentar suspender a Resolução aprovada pelo Conselho Nacional de Justiça. Um dos argumentos colocados é que a referida normativa cria algo novo, invadindo o espaço do Parlamento na produção legislativa, o que não corresponde à verdade.

A Resolução CNJ nº 487/2023 traduz um conjunto de legislações que já foram aprovadas pelo Congresso Nacional, previstas em diretrizes como a Lei 10.216/2001, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência — que hoje tem status de emenda constitucional, aprovada em 2009 —, e a Lei Brasileira de Inclusão, aprovada em 2015.

A associação da loucura à periculosidade

De fato, há uma narrativa do medo. Historicamente, a associação da loucura com a periculosidade sempre existiu.

Certa vez, entrei na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) do Distrito Federal para a realização de uma inspeção e, enquanto circulava pelas celas com a então diretora da unidade, ela apon-

tou na direção de um cidadão que estava no pátio e me disse: "*Aquele ali, se sair para rua, mata! Não tem condição. Nunca mais pode voltar para a rua*". Lembro que questionei a razão de aquela pessoa estar na ATP e há quanto tempo. A resposta foi de que estaria "*há cerca de 10 anos, por homicídio*". Também perguntei quantas pessoas ele havia matado desde que fora institucionalizado e, para minha surpresa, ela prontamente disse: "*nenhuma*".

Esse exemplo mostra que a ideia de que o sujeito vai cometer um crime nada mais é do que podemos chamar de futurológica, sem qualquer respaldo científico.

Se é verdade que não se pode afirmar, cientificamente, que qualquer um de nós jamais cometerá um crime; também não é possível afirmar, com respaldo científico, que qualquer um de nós cometerá um crime.

Em 2012, fiz meu mestrado estudando o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (Paili), em Goiás. Na oportunidade, tive acesso a uma informação relevante, segundo a qual o índice de reincidência de pessoas que foram atendidas pelo Programa era de menos de 3% — enquanto no sistema prisional brasileiro, ele é de mais de 40%. Portanto, esse discurso de que o sujeito vai cometer um crime não tem embasamento ou fundamento científico.

Afinal, quem deve acessar a medida de segurança?

Há uma narrativa simplista e que gera confusão quando afirma que, a partir da Resolução aprovada pelo CNJ, assassinos em série serão liberados das prisões — o que é um equívoco, para não dizermos má-fé.

O que distingue um indivíduo que tem acesso à medida de segurança de um que não tem é sua capacidade de planejamento do crime.

Uma pessoa em sofrimento psíquico, quando rompe com a realidade e comete um crime, tem um perfil muito específico, diferente de alguém que tem capacidade de o planejar. Quem arquiteta, quem planeja, quem produz uma "logística" de seu ato não está em surto.

Uma pessoa que comete um crime em série, por exemplo, tem a capacidade de planejar sua ação. Uma pessoa que produz um atentado público também tem essa capacidade. Logo, ainda que ela tenha um transtorno mental, o planejamento já configura sua condição de ter consciência sobre aquilo que está fazendo — estando impedida, portanto, dentro do que estabelece a legislação, de acessar uma medida de segurança para tais crimes.

Um caso que pode ilustrar essa diferença é de uma situação apresentada certa vez em um seminário pelo magistrado Douglas Martins, do Maranhão. Ele conta o caso de um policial do Rio de Janeiro que havia denunciado uma milícia e estava sendo perseguido em razão disso. Em função do medo, ele entrou numa fase paranoica. Como já andava armado, começou a se armar ainda

mais, ao ponto de dormir com um revólver embaixo de seu travesseiro. Um dia, seu filho entrou de maneira desajeitada no quarto onde o policial dormia, ele pegou a arma e o matou.

O acesso à medida de segurança passa por situações que se assemelham a essa: um ato que, em função de uma crise muito específica, acontece sem planejamento. Nessa perspectiva, portanto, essa narrativa de que criminosos em série vão sair das prisões a partir da Resolução CNJ é uma falácia.

A rede de saúde não dá conta da demanda. Será?

É muito comum ouvirmos, principalmente de entidades médicas, que a rede de saúde não dá conta de atender as pessoas em medida de segurança que seriam alcançadas pela CNJ nº 487/2023. Sabemos, é claro, que ainda há muito para avançar e qualificar as políticas públicas de saúde em geral, mas esse discurso é simplório e precisa ser problematizado.

Qual é o embasamento que essas entidades médicas estão usando para afirmar que a rede de saúde não dá conta?

Quais são os dados apresentados por essas instituições que comprovam essa afirmação? É preciso que elas os apresentem. Isso seria positivo, inclusive, como um ganho secundário trazido pela Resolução CNJ, que é o de induzir o diálogo entre o Poder Judiciário e o Poder Executivo. Dessa interlocução pode advir a ampliação da rede de saúde em todo o território — o que não beneficia apenas as pessoas em medida de segurança, mas também todos os munícipes daquela região.

Para concluir

Em suma, a Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça representa um avanço significativo para o sistema penal brasileiro, para a política nacional de saúde mental, para o acesso à justiça e para a garantia de direitos. Narrativas enganosas e falaciosas em torno dessa importante medida — muitas vezes baseadas em estereótipos e medos infundados — afastam a população da compreensão profunda dos princípios subjacentes à saúde mental e aos direitos humanos, bem como de uma análise cuidadosa do contexto histórico e legislativo que embasou a formulação da Resolução.

Enquanto a saúde mental não for encarada como um elemento essencial de cidadania e de direitos humanos, discursos simplistas sobre a temática acabarão por dificultar a implementação e a aceitação dessa e de outras necessárias normativas para a área perante a sociedade civil.

A Resolução CNJ reflete princípios consagrados em legislações nacionais e internacionais, e sua implementação não só fortalece esses pilares, mas também estimula o diálogo entre os poderes Judiciário e Executivo para melhorar a rede de saúde mental em todo o país.

É necessário, portanto, promover um debate informado e inclusivo sobre a Resolução proposta. Ao fazer isso, podemos avançar na construção de um sistema prisional mais justo e eficaz, que respeite e proteja os direitos de todas as pessoas, incluindo aquelas que enfrentam desafios relacionados ao sofrimento psíquico.

RESOLUÇÃO XIMENES LOPES (CNJ Nº 487/2023): O PAPEL DO SISTEMA DE JUSTIÇA NA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Melina Girardi Fachin[1]

Resumo: Este artigo analisa o papel do Sistema de Justiça na implementação da reforma psiquiátrica no contexto brasileiro, com foco na Resolução 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). A reforma psiquiátrica é um processo contínuo de transformação do cuidado em saúde mental, visando à desinstitucionalização e à promoção da inclusão social dos pacientes. A Resolução 487/2023 reforça o compromisso do Sistema de Justiça com a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, regulando medidas para a proteção e promoção de sua dignidade.

Abstract: This article examines the role of the justice system in implementing psychiatric reform in the Brazilian context, with a specific focus on Resolution 487/2023 of the National Council of Justice (CNJ). Psychiatric reform represents an ongoing process aimed at transforming mental health care, with the objectives of deinstitutionalization and promoting social inclusion for patients. Resolution 487/2023 reinforces the commitment of the justice system to safeguard the rights of individuals with mental disorders, by regulating measures for their protection and the promotion of their dignity.

Introdução

A reforma psiquiátrica é uma notável conquista para a sociedade brasileira, que busca garantir a dignidade e os direitos das pessoas com transtornos mentais, em contraponto ao modelo asilar e segregacionista do passado. Nesse contexto, o Sistema de Justiça desempenha um papel crucial na garantia da implementação dessa reforma, através de políticas e de ações que assegurem a efetividade dos direitos humanos e a inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico. A Resolução 487/2023 do CNJ é um marco nesse sentido, consolidando o compromisso do poder judiciário com a defesa dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

A reforma psiquiátrica tem suas raízes na luta antimanicomial e no movimento da desinstitu-

1 Professora Associada da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Paraná. Membra da Comissão Nacional de direitos Humanos do Conselho Federal da OAB/PR.

cionalização, que questiona os hospitais psiquiátricos tradicionais e busca alternativas humanizadas e integradas de cuidado. A desinstitucionalização visa promover a reinserção dos pacientes em seus contextos sociais, evitando a segregação e o isolamento. No âmbito desse processo, o Sistema de Justiça desempenha um papel de supervisão e regulamentação, garantindo que os direitos dos pacientes sejam respeitados e que a transição para a comunidade seja responsável e segura.

O Sistema de Justiça possui um papel fundamental na garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Isso inclui a análise de questões como internações involuntárias, medidas de segurança, revisões periódicas de tratamento e a fiscalização das condições dos serviços de saúde mental. Através de suas decisões e pareceres, o Sistema de Justiça pode promover a proteção dos direitos individuais, ao mesmo tempo em que contribui para o aprimoramento do sistema de saúde mental como um todo. Daí a importância da Resolução 487/2023 do CNJ.

O trabalho do CNJ e seu compromisso com a reforma psiquiátrica

A Resolução 487/2023 do CNJ é uma medida significativa que reforça o compromisso do Sistema de Justiça com a reforma psiquiátrica, estabelecendo diretrizes e orientações para a atuação dos órgãos judiciais em questões relacionadas à saúde mental e promovendo uma abordagem baseada nos direitos humanos e na inclusão social.

A Resolução 487/2023 do CNJ representa um marco importante na história da luta pelos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, reafirmando o compromisso do Sistema de Justiça com a reforma psiquiátrica. Por meio do estabelecimento de diretrizes e orientações claras, a resolução contribui para uma abordagem mais humanizada e inclusiva, promovendo a desinstitucionalização e o fortalecimento dos serviços de saúde mental na comunidade.

Fruto do intenso esforço e dedicação dos membros e membras do Grupo de Trabalho estabelecido pelo CNJ em 2021 —, o documento institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei nº 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.

O “nome” da Resolução

Ao conectar o tema da reforma psiquiátrica e a Resolução CNJ 487/2023 com o caso Damião Ximenes Lopes, podemos compreender a importância do Sistema de Justiça na garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais e na promoção de uma sociedade mais justa e inclusiva.

Damião Ximenes Lopes, um jovem brasileiro de 30 anos, faleceu após ser submetido a tratamento em uma instituição psiquiátrica. Sua morte, marcada por tortura e violência, trouxe à tona questões preocupantes sobre como as pessoas com transtornos mentais eram tratadas nessas

instituições. O caso Damião Ximenes Lopes foi a primeira sentença condenatória ao Estado brasileiro na Corte Interamericana de Direitos Humanos e provocou um intenso debate sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, evidenciando a urgência de uma reforma psiquiátrica que colocasse em foco a desinstitucionalização e a promoção da inclusão social.

O caso de Damião Ximenes Lopes, um brasileiro com deficiência mental, é um exemplo emblemático da atuação do Sistema Interamericano de Direitos Humanos. Damião faleceu em 1999 após ter sido vítima de violência e maus-tratos enquanto estava internado em um hospital psiquiátrico no estado do Ceará. A petição foi apresentada à Comissão Interamericana de Direitos Humanos em 2002, e após a análise de sua admissibilidade, o caso foi encaminhado à Corte Interamericana de Direitos Humanos em 2008.

O Sistema Interamericano de Direitos Humanos é um conjunto de instituições e mecanismos criados com o objetivo de proteger e promover os direitos humanos na região das Américas. Ele é composto pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) e pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH), que atuam de forma complementar para assegurar a efetividade dos direitos fundamentais consagrados na Convenção Americana sobre Direitos Humanos, também conhecida como Pacto de San José da Costa Rica.

O procedimento do Sistema Interamericano é iniciado a partir da apresentação de uma petição ou denúncia por indivíduos ou grupos que alegam violações de direitos humanos por parte de um Estado-membro da Organização dos Estados Americanos (OEA). Cabe à Comissão Interamericana de Direitos Humanos, em uma primeira etapa, avaliar a admissibilidade da petição, analisando questões como a competência do órgão, o esgotamento dos recursos internos e o tempo razoável para a apresentação da denúncia, entre outros critérios estabelecidos nos instrumentos internacionais.

Após a admissibilidade da petição, a Comissão realiza uma investigação sobre os fatos alegados, podendo realizar visitas *in loco* e solicitar informações ao Estado acusado, bem como às vítimas e demais partes envolvidas. Ao final dessa fase, a Comissão emite um relatório que contém suas conclusões e recomendações ao Estado, podendo instá-lo a adotar medidas para reparar as violações de direitos humanos e prevenir a ocorrência de futuras violações.

Caso o Estado não cumpra as recomendações da Comissão ou se recuse a aceitar sua competência para a investigação, a Comissão pode encaminhar o caso à Corte Interamericana de Direitos Humanos. Esta é uma instância judicial independente e autônoma, cuja jurisdição se estende aos Estados que aceitaram sua competência obrigatória.

Quanto ao caso em comento, foi a primeira condenação emitida pela Corte Interamericana contra o Estado brasileiro. De acordo com a denúncia apresentada ao Sistema Interamericano, Damião Ximenes Lopes foi submetido a condições desumanas e degradantes durante sua internação

em um hospital psiquiátrico no Ceará. Relatos indicam que ele sofreu violência física e abusos por parte de funcionários do hospital, bem como negligência em relação a sua saúde e bem-estar. Essas alegações apontam para a violação de vários direitos humanos protegidos pela Convenção Americana sobre Direitos Humanos, incluindo o direito à vida, à integridade pessoal e à dignidade humana.

Após analisar a petição e considerá-la admissível, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos iniciou uma investigação sobre o caso. Durante esse processo, realizou visitas ao Brasil e manteve comunicação com o Estado brasileiro, solicitando informações sobre as circunstâncias da morte de Damião Ximenes Lopes e sobre as medidas adotadas para prevenir futuras violações de direitos humanos em hospitais psiquiátricos.

Após a conclusão de sua investigação, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos emitiu um relatório em que concluiu pela responsabilidade do Estado brasileiro na violação dos direitos de Damião Ximenes Lopes e de seus familiares. A Comissão também formulou recomendações ao Estado, instando-o a adotar medidas de reparação e prevenção.

Com base nas conclusões da Comissão, o caso foi encaminhado à Corte Interamericana de Direitos Humanos. Em 2010, a Corte realizou um julgamento no qual avaliou as alegações e as recomendações da Comissão. A Corte IDH proferiu uma sentença na qual declarou a responsabilidade do Estado brasileiro pela violação dos direitos de Damião Ximenes Lopes e de seus familiares, incluindo o direito à vida, à integridade pessoal e à dignidade humana.

Além de declarar a responsabilidade do Estado, a Corte IDH determinou que o Brasil adotasse diversas medidas de reparação às vítimas, incluindo a indenização financeira, a criação de um memorial em homenagem a Damião Ximenes Lopes e a realização de uma cerimônia pública de reconhecimento da responsabilidade do Estado.

Adicionalmente, a Corte determinou que o Brasil implementasse medidas de prevenção para evitar a repetição de violações semelhantes. Isso inclui a revisão e reforma das políticas e práticas em hospitais psiquiátricos, a capacitação dos profissionais de saúde sobre os direitos humanos das pessoas com deficiência mental e o fortalecimento dos mecanismos de supervisão e fiscalização dessas instituições.

O caso Damião Ximenes Lopes no Sistema Interamericano de Direitos Humanos destaca a importância da atuação conjunta da Comissão Interamericana de Direitos Humanos e da Corte Interamericana de Direitos Humanos na proteção e na promoção dos direitos fundamentais nas Américas.

A Resolução Ximenes Lopes — 487/2023

Diante dessa realidade, o Sistema de Justiça assumiu um papel fundamental na busca por justiça, reparação e transformação do modelo vigente. É no contexto de cumprimento das repara-

ções determinadas pela Corte IDH que a Resolução CNJ 487/2023, justamente batizada de Resolução Ximenes Lopes, institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, como avanço significativo ao estabelecer diretrizes claras para o tratamento adequado das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, respeitando seus direitos e promovendo a inclusão social.

Referido documento traz diretrizes para o tratamento adequado das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, assegurando a sua integridade física e mental, bem como o respeito à sua dignidade. A partir de suas diretrizes, o Sistema de Justiça como um todo — e em especial ministério público, defensorias e magistratura — têm orientações claras sobre como lidar com pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, garantindo o respeito aos seus direitos e promovendo a inclusão social.

Dentre as principais diretrizes da Resolução 487/2023, destacam-se:

1. Prioridade à desinstitucionalização: reforça a importância de priorizar medidas que evitem a internação prolongada e incentivem a desinstitucionalização, visando à reintegração dos pacientes em suas comunidades.

2. Promoção da saúde mental e prevenção do sofrimento psíquico: enfatiza a necessidade de ações preventivas e de promoção da saúde mental, contribuindo para a redução do sofrimento psíquico e o fortalecimento dos serviços de atenção psicossocial.

3. Ampliação dos serviços comunitários de saúde mental: estimula o fortalecimento e a ampliação dos serviços comunitários de saúde mental, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), garantindo atendimento mais humanizado e integrado aos pacientes.

4. Incentivo à capacitação dos profissionais de justiça: propõe o estímulo à capacitação dos profissionais do Sistema de Justiça em temas relacionados à saúde mental, a fim de aprimorar a análise e a tomada de decisão em casos envolvendo pessoas com transtornos mentais.

O paradigma impulsionado pelo Conselho Nacional de Justiça promove a humanização do Sistema de Justiça, ao incentivar a adoção de práticas que considerem a singularidade de cada pessoa com transtorno mental. Dessa forma, busca-se superar visões estigmatizantes e preconceituosas, priorizando o tratamento adequado, o respeito à autonomia e a promoção da saúde mental.

A Resolução também estimula a articulação entre o Sistema de Justiça e outros setores, como a saúde e a assistência social, visando a uma abordagem integral e integrada das questões relacionadas à saúde mental. Essa cooperação é essencial para o atendimento adequado das demandas das pessoas com transtornos mentais, bem como para a efetivação de políticas públicas que promovam a inclusão e a igualdade.

Temos assim um avanço considerável na promoção da reforma psiquiátrica e na consolidação da Política Antimanicomial no Poder Judiciário. O papel do Sistema de Justiça é fundamental

nesse processo, pois cabe a ele garantir o acesso à justiça, proteger os direitos humanos e promover a inclusão social das pessoas com transtornos mentais.

Aquelas e aqueles que lutam por direitos humanos acreditam no poder transformador das histórias humanas, na capacidade de mobilizar e sensibilizar as pessoas para lutar por um mundo mais justo. Que a história de Damião Ximenes Lopes nos inspire ao tratamento adequado das pessoas com transtornos mentais, sobretudo aquelas mais vulnerabilizadas privadas de liberdade e em conflito com a lei.

A reforma psiquiátrica é uma jornada em busca de uma sociedade mais justa e inclusiva, onde as pessoas com transtornos mentais sejam tratadas com respeito e tenham seus direitos garantidos. O Sistema de Justiça desempenha um papel vital nesse processo, assegurando que as políticas e práticas estejam alinhadas com os princípios dos direitos humanos.

No entanto, é fundamental que essa normativa seja acompanhada de ações efetivas e comprometidas por parte dos órgãos judiciais, dos profissionais de saúde e da sociedade em geral. Somente assim poderemos avançar no processo de construção de uma sociedade mais acolhedora e respeitosa, onde o cuidado em saúde mental seja uma realidade para todos.

A POLÍTICA ANTIMANICOMIAL DO PODER JUDICIÁRIO E OS CAMINHOS PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Gustavo de Aguiar Campos[1], Natália Vilar Pinto Ribeiro[2], Pollyanna Bezerra Lima Alves[3]

1. Introdução

A saúde mental tornou-se "questão social" já há muito tempo, de maneira historicamente marcada por perspectivas intervencionistas focadas na segregação dos ditos "loucos" — numa ampla gama de sujeitos e coletivos sociais a quem é atribuída tal definição. Tais perspectivas surgem alinhadas ao nascimento da própria psiquiatria que, ao "doente mental", orientava-se o modelo asilar. Nasceram com a psiquiatria os manicômios, mas seu oposto também é verdadeiro: nasceu com os manicômios a psiquiatria. É somente em meados do século XX que se inicia um processo de crítica mais aprofundada ao modelo asilar e hospitalocêntrico, enfocando nos sujeitos o cuidado, tensionando o foco na doença e sua cura.

O caso brasileiro é emblemático de tais mudanças. Inspiradas nos movimentos que surgem especialmente na Itália e na França (Passos, 2009), mas também em outros países, é no momento de reabertura política da Ditadura Empresarial-Militar que emerge, no país, um conjunto de críticas mais radical ao modelo médico de atenção às pessoas com transtorno mental, protagonizado pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental.

O movimento, que terá, nessa época, a feição de uma reforma psiquiátrica radicalizada, ultrapassa as perspectivas de mudanças técnicas — e mesmo de trabalhadores(as) — para incorporar, em seu centro, a crítica ao domínio psiquiátrico sobre a loucura, empenhando-se em um projeto de *desinstitucionalização* não resumida em desospitalização ou desassistência (Amarante, 1996),

1 Doutorando em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestre em Psicologia pela UFRN (2021). Bacharel e licenciado em Psicologia pela Universidade Federal de Goiás (2018). Atualmente, é Assistente Técnico do Núcleo Cidadania do Programa Fazendo Justiça (CNJ/Pnud).

2 Advogada, Doutora em Teoria e História dos Direitos Humanos pela UniFi (Universidade de Florença) e possui graduação em Direito pela Universidade Federal de Pernambuco. Atualmente é Assistente Técnica do eixo de Cidadania e garantia de direitos do Programa Fazendo Justiça (CNJ/Pnud).

3 Formada em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, possui especialização em Direito Penal econômico e europeu pela Universidade de Coimbra (Portugal) e Master pela Universidade Pierre Mendes France (França). Atualmente é Coordenadora Adjunta do Eixo 3 - Promoção e Garantia de Direitos para pessoas presas e egressas do Programa Fazendo Justiça, uma parceria das Nações Unidas e Conselho Nacional de Justiça.

mas novas formas de assistência. Surgem desse movimento de crítica ao hospitalocentrismo novas propostas, inclusive o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), intitulado *Prof. Luiz da Rocha Cerqueira*, em 1987.

Com a força dos movimentos de reforma psiquiátrica, tais inquietações passam a se institucionalizar, com a realização das primeiras Conferências Nacionais de Saúde Mental ainda ao final da década de 1980, posteriormente, por meio de Portarias Ministeriais, e depois com a aprovação da Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que "dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental" (doravante Lei da Reforma Psiquiátrica).

Tais movimentos nos orientam a compreender que a própria reforma psiquiátrica e o modelo assistencial às pessoas com transtorno mental têm se modificado ao longo do tempo, com avanços e retrocessos, que se tem se convencionado chamar, no campo, de *contrarreformas psiquiátricas*. É nesse cenário de *reformas e contrarreformas* que se aquece, na discussão político-jurídica brasileira, um tema ainda arrefecido: a garantia da reforma psiquiátrica para as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Para a assistência às pessoas com transtorno mental autoras de delitos, instituiu-se o manicômio judiciário, atualmente denominado Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Sobre tais instituições, a literatura científica tem destacado que:

> *A manutenção dessa estrutura, reconhecida como instituição total, tem reforçado a exclusão individual, limitando a reinserção social dos internos. Essa instituição tem preservado o seu caráter asilar/segregacionista, evidenciando uma tradição fundada na negação dos direitos humanos. O avanço normativo não consolida, per si, a materialização das recentes conquistas advindas a partir da Reforma Psiquiátrica, particularmente quanto ao segmento das pessoas com transtorno mental autoras de delitos" (Correia; Lima; Alves, 2007, p. 2001).*

Os HCTPs seguem a lógica dos manicômios: uma nova roupagem para um tratamento por anos conhecido: o da não garantia dos direitos humanos. Ainda, essas instituições estão aquém também na garantia do direito à saúde, ofertando um serviço precário e desarticulado da rede de atenção à saúde. No limite, vão na contramão do preconizado pela reforma psiquiátrica mundial e normativos supracitados. Tendo isso em vista e considerando, em especial, o papel do Poder Judiciário brasileiro, o presente artigo pretende debater a reforma psiquiátrica para as pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei.

2. A emergência da Resolução CNJ nº 487/2023

Pessoas com transtorno mental em conflito com a lei são, historicamente, atravessadas pelo poder estatal, seja pelo transtorno, seja pela conflitualidade social porventura causada. O Código Penal brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848/1940, art. 26) tornou isento de pena esse público, estabelecendo a aplicação de medidas de segurança de internação em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) ou tratamento ambulatorial.

A opção do legislador pelas medidas de segurança torna-se evidente na Exposição de Motivos do Código Penal, ao aplicar conceitos chaves da psiquiatria, como "periculosidade", e os "fins curativos" da internação hospitalar. Ainda na Exposição, apresenta-se que "a medida de segurança, de caráter meramente **preventivo e assistencial**, ficará reservada aos inimputáveis. Isso, em resumo, significa: culpabilidade — pena; **periculosidade** — **medida de segurança**" (Brasil, 1983, § 87, grifos nossos) e que

> *Corresponde a inovação às atuais tendências de "desinstitucionalização", sem o exagero de eliminar a internação. Pelo contrário, o Projeto estabelece limitações estritas para a hipótese de tratamento ambulatorial, apenas admitido quando o ato praticado for previsto como crime punível com detenção (Brasil, 1983, § 91, grifos do original).*

Com isso, consolidou-se na legislação pátria o instituto da medida de segurança para as pessoas com transtorno mental, dando centralidade à internação hospitalar como medida a ser aplicada — ainda que de maneira ambulatorial. Ocorre que, com a Lei da Reforma Psiquiátrica e, ademais, com a internalização da Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD)[4], a internação deve deixar de ter centralidade na atenção à pessoa com transtorno mental, inclusive para aquela em conflito com a lei, ao se assumir que essa "só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes" (art. 4º) e não poderá ser realizada em instituições com características asilares.

Mais de cinquenta anos desde o começo das discussões da reforma psiquiátrica e mais de vinte anos do primeiro grande marco legislativo (a Lei da Reforma Psiquiátrica), o Brasil ainda possui 75 estabelecimentos que custodiam pessoas em medida de segurança, entre HCTPs e unidades prisionais e 2.314 pessoas em medida de segurança internadas (Sisdepen, 2023). Importante

4 A Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD), da Organização das Nações Unidas, tem como propósito "promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente" (art. 1º). O documento foi promulgado, no Brasil, por meio do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Com sua promulgação, tais direitos são incorporados ao ordenamento jurídico pátrio, formalmente com status constitucional.

destacar a premência de tal discussão e que esta vem ancorada na análise crítica da seletividade penal e do racismo estrutural marcadores de políticas higienistas em nosso país. Trata-se de um público específico que é alocado em instituições totais por prazo indeterminado, completamente esquecidos pelo Estado brasileiro. Um público que tem raça e cor.

A Resolução CNJ nº 487, de 28 de fevereiro de 2023, surge em um período de alguns retrocessos para a Política Antimanicomial, porém em um contexto sólido de discussões que dialogavam com instituições e organizações da sociedade civil com bases antimanicomiais. Em 2011, as comunidades terapêuticas foram incluídas na Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e diversas portarias regulamentaram um incremento exponencial de internações asilares nessas instituições e a política proibicionista passou a ter impacto direto na remanicomialização. Entre 2017 e 2020, por exemplo, foram destinados em torno de cinquenta milhões de reais para as CTs em financiamento público considerando recursos federais, estaduais e emendas parlamentares (Conectas; Cebrap, 2022). Em maio de 2020, a Portaria nº 1.325 do Ministério da Saúde revoga o Capítulo III, do Anexo XVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata do *Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei*, no âmbito da Política Nacional de Atenção às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, em uma tentativa de sucateamento da Raps, mas que foi revogada devido à manifestação de diversos setores e organizações da sociedade civil que teve seu ápice na Recomendação CNS nº 44, de 15 de junho de 2020 (CNS, 2020).

Dentre as instituições que se mobilizaram para a revogação da Portaria que inviabilizava a atuação das equipes EAPs estava o CNJ, que reforçou a Nota Técnica do Conselho Nacional de Defensores Públicos Gerais (Condege, 2020), de 3 de junho de 2020. A Resolução CNJ nº 113/2010 já trazia orientações para a execução da medida de segurança nos termos da Lei da Reforma Psiquiátrica, destacando que a atuação jurisdicional deve observar a implementação de políticas antimanicomiais, e a Recomendação CNJ nº 35/2011 apresentava diretrizes para o redirecionamento do modelo assistencial à saúde mental em serviços substitutivos em meio aberto.

Em 2021, o CNJ passa a atuar ativamente no monitoramento e garantia de cumprimento da condenação do Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos no Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, propondo e executando medidas de não repetição, dentre as quais a instituição do Grupo de Trabalho Interinstitucional pela Portaria nº 142/2021, que reuniu representantes de diversas instituições nacionais e internacionais e organizações da sociedade civil que se debruçam sobre a agenda da Política Antimanicomial no país. Como resultados, o GT publicou um relatório de suas atividades, articulou ações em nível nacional e internacional, apresentou a minuta do que viria se transformar na Resolução CNJ nº 487/2023 e apresentou propostas de ações formativas, o que incluía a ideia de um Seminário Internacional de Saúde Mental a fim de mobilizar atores para qualificação de uma Política Antimanicomial no Brasil, que veio a ser realizado nos dias 15 e 16 de junho

de 2023, com o tema *Possibilidades para a efetivação da Política Antimanicomial na interface com o Poder Judiciário*.

O Seminário ocorreu poucos dias após a entrada em vigor da Resolução CNJ nº 487/2023, que se deu em 28 de maio de 2023, como estratégia de sensibilização e formação dos atores necessários para sua efetiva implementação. Foi uma importante iniciativa que inaugurou um novo momento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Nela foi possível referenciar e fazer um apanhado da luta antimanicomial, apresentar suas bases sociojurídicas e as diretrizes e meios de implementação da Resolução CNJ nº 487/2023, mas ainda era cedo para mensurar os avanços e desafios que esse ato normativo propiciaria. Assim, a partir das discussões travadas no evento, buscamos também analisar e apresentar o que houve de alteração no cenário brasileiro desde a publicação da referida Resolução, que teve o Seminário Internacional como um de seus marcos de implementação.

3. A Resolução CNJ nº 487/2023 e as contribuições à reforma psiquiátrica brasileira

A implementação da Resolução CNJ nº 487/2023 implicou uma série de ações que precisaram e seguem precisando ser realizadas com vistas a implementar a CDPD e a Lei da Reforma Psiquiátrica no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Na análise que se segue, buscaremos discutir alguns desses elementos constitutivos da política antimanicomial do poder judiciário, considerando sua interface com as políticas sociais.

Para tanto, foram consultados bancos de dados do Sisdepen; o Painel de ações estaduais para implementação da Resolução CNJ nº 487/2023[5]; Planos Estaduais de implementação da Política Antimanicomial; o diagnóstico sobre a implementação da Política Antimanicomial realizado pelo CNJ e apresentado no âmbito do Comitê Nacional de Monitoramento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário em Interface com as políticas sociais (Conimpa) e relatórios produzidos pelo CNJ sobre a Política Antimanicomial.

O período de publicação desses dados varia entre 2023 e 2024, sendo os dados publicizados pelo painel de ações estaduais do CNJ, que traz informações mais atuais da implementação da Política Antimanicomial nos estados, atualizado em meados de setembro de 2024. Os dados do Sisdepen foram do 15º ciclo, último lançamento publicizado, com dados de julho a dezembro de 2023.

Em outubro de 2023, a Presidência do CNJ solicitou aos tribunais de Justiça estaduais informações sobre a Política Antimanicomial do Poder Judiciário para a elaboração de um diagnóstico da situação da Política no país. Esse primeiro Levantamento Nacional teve vinte e cinco UFs

5 Disponível em: https://dados-faju.shinyapps.io/painel-acoes-estaduais-res-cnj-487/. Acesso em 16 de outubro de 2024.

respondentes, enquanto o segundo ocorreu em abril de 2024 e todas as UFs apresentaram dados sobre a implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Utilizaremos, para fins de análise do desenvolvimento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, o último diagnóstico, ainda que recorramos ao primeiro como ponto de comparação entre os períodos. Ambos foram apresentados em reuniões do Conimpa.

Também em outubro de 2023, juntamente às informações requeridas aos tribunais para o diagnóstico, foram solicitados aos estados planos de ação para implementação da Política Antimanicomial. Analisados os 27 planos enviados, as conclusões sobre as ações desenvolvidas e fases de implementação da Política foram apresentadas na 2ª reunião do Conimpa, ocorrida em 27 de novembro de 2023. Seus principais achados também serão utilizados neste artigo.

Com base nos dados e experiências acumuladas com a implementação da política, dividimos esse tópico em pontos-chave para a sua implementação, sendo eles: (a) intersetorialidade e corresponsabilidade; (b) interdições como paradoxo; (c) criação e qualificação de fluxos; (d) elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares; e (e) fortalecimento da Raps.

3.1 Intersetorialidade e corresponsabilidade

Como mencionado acima, a implementação da política significou e deve significar, permanentemente, a garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental. Para isso, resta evidente, é necessária uma série de ações que envolvam todos os setores da sociedade e, em especial, o Estado, como promotor de direitos assegurados socialmente. Nesse diapasão, a Resolução CNJ nº 487/2023 prevê a criação de Comitês Estaduais Interinstitucionais de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário (Ceimpas) em cada Unidade da Federação, o que foi acompanhado pela criação do Comitê Nacional, o "Conimpa", pelo CNJ, contando com a participação de diferentes Ministérios do Poder Executivo e outros órgãos de representação colegiada.

Conforme prevê a norma em análise, os Ceimpas "apoiarão as ações permanentes de desinstitucionalização" (art. 16, parágrafo único). Além disso, como um espaço interinstitucional, tais comitês visam ao estabelecimento de parcerias e ao compartilhamento de responsabilidades, considerando que, como definido pela Organização Mundial de Saúde OMS (1946), saúde é "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade". Ou seja, a implementação da política antimanicomial deve significar não só a garantia do acesso ao melhor tratamento em saúde para as pessoas com transtorno mental, mas o acesso aos demais direitos, sejam eles relacionados à seguridade social, ao trabalho, à educação, ao esporte, à cultura e ao lazer etc.

Ao passo em que a Resolução CNJ nº 487/2023 entra em vigor, até o momento atual, foram implantados dezenove Comitês Estaduais, além da instituição de Grupos de Trabalho Interinstitu-

cionais em outros seis estados, contabilizando instâncias interinstitucionais de discussão sobre a política em vinte e seis Unidades da Federação. Sua implementação, como é de se esperar, é um desafio de arranjos institucionais clássicos, considerando a presente fragmentação das políticas públicas. Entretanto, sua consolidação enquanto espaço colegiado de decisões e corresponsabilização deve significar, na implementação da política antimanicomial, um avanço *instituinte*.

3.2 As interdições como paradoxo da implementação da política antimanicomial

Se a Lei da Reforma Psiquiátrica tem, em seu cerne, a perspectiva de mudança de centralidade da internação para a reinserção social das pessoas com transtorno mental em seu meio, fica claro que tal processo é fundamental à implementação da Resolução CNJ nº 487/2023. Isso significou, na norma, a previsão de um fechamento progressivo dos HTCPs. Em um primeiro momento, com a interdição parcial, que visava à limitação de entrada de novas pessoas nos estabelecimentos e, no ato seguinte, a interdição total, marcada pela desinternação das pessoas ainda em privação de liberdade nesses.

No momento de entrada em vigor da Resolução, existiam no país 27 HCTPs ou instituições congêneres para a internação de pessoas com transtorno mental e em cumprimento de medidas de segurança. Das vinte e sete Unidades Federativas (UFs), três já haviam interditado totalmente seus HCTPs e três não possuíam HCTP. Atualmente, passado pouco mais de um ano da entrada em vigor da norma, quatorze UFs interditaram parcialmente seus HCTPs e uma determinou a interdição total dessas instituições, segundo dados condensados apresentados pelo Conselho Nacional de Justiça.

Com base na análise de decisões e atos normativos do Poder Judiciário, foi possível verificar que as modificações realizadas na Resolução impactaram diretamente na interdição dos HCTPs e instituições congêneres. A Resolução previa o prazo de seis meses para a interdição parcial e doze meses para a interdição total destes estabelecimentos. Doze estados haviam interditado parcialmente essas instituições até o prazo estipulado na Resolução. Em Decisão de 30 de novembro de 2023, nos autos do Ato Normativo 0007026-10.2022.2.00.0000, esses prazos passaram a ser respectivamente nove e quinze meses e quatro estados retrocederam da decisão de internação parcial. Com a Decisão no Mandado de Segurança 39747 MC/RJ impetrado pelo Estado do Rio de Janeiro, determinando a manutenção em funcionamento dos "*hospitais destinados ao cumprimento das medidas de segurança e cautelares de internação, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, observados os direitos previstos no art. 2º da Lei nº 10.216/2001, até que seja observado o Tema RG nº 698 deste Supremo Tribunal*" (STF, 2024), três estados suspenderam a interdição parcial. Percebe-se, pois, ligação direta entre as decisões de interdição parcial e o disposto na Resolução em tela, vinculante para o Judiciário brasileiro, não obstante a Lei da Reforma Psiquiátrica há mais de 20 anos já dispusesse sobre a necessidade de fechamento de instituições com caráter asilar.

Importa explicitar que a interdição por si só não garante que o processo de desinstitucionalização ocorra e que seja observado o modelo biopsicossocial com foco no tratamento ambulatorial de base comunitária. Segundo o Banco de Dados do SISDEPEN, 75 estabelecimentos fazem a custódia de, pelo menos, uma pessoa em medida de segurança no país. Desses, apenas 21 estabelecimentos são especificados como locais para cumprimento de medida de segurança, ou seja, há pessoas cumprindo medida de segurança em outros locais, como unidades prisionais comuns, o que complexifica, ainda mais, a implementação da política.

O processo de fechamento progressivo de tais estabelecimentos, portanto, ainda que tenha mobilizado o discurso político, midiático e médico do país, muitas vezes ancorado na lógica populista penal e de uma pressuposta defesa social frente à periculosidade, não há de ser compreendido, no seio de uma política antimanicomial, como um fim em si mesmo. Ao contrário disso, a interdição é o resultado de um conjunto de ações para que, retomando Paulo Amarante (1996), a desinstitucionalização não seja mera desospitalização ou desassistência. Trata-se de uma série de esforços envidados para a superação de um estado de coisas no qual estão tais estabelecimentos, *pela sua própria lógica institucional*. Ou seja, a interdição significa, em suma, o rompimento com a manutenção de estabelecimentos com características asilares, frontalmente incongruentes com a norma brasileira. Partindo desse pressuposto, entende-se que não há como pensar em melhorias nas instalações ou melhoria nos tratamentos, restando evidente que o melhor caminho a se seguir, no marco da promoção da defesa dos direitos das pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei, é o tratamento em liberdade. Qualquer outro caminho será a manutenção do direito de castigar e de subterfúgios para o higienismo social.

3.3 Criação e qualificação de fluxos

Conforme já explicitado, a interdição total de HCTPs por si só não cumpre o proposto pela Política Antimanicomial. Em todos os estados que haviam interditado totalmente seus HCTPs anteriormente à Resolução CNJ nº 487/2023, foram identificadas a institucionalização de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei em outras instituições congêneres, principalmente unidades prisionais. Ademais, de acordo com o segundo diagnóstico elaborado pelo CNJ e apresentado no Conimpa em março de 2024, os três estados que mais encarceram pessoas em medida de segurança em unidades prisionais possuem programas de atenção às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, tendo um deles interdição total.

A qualificação do fluxo de encaminhamento das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei precisa ser, portanto, um dos pressupostos da Política Antimanicomial, do contrário corre-se o risco de as pessoas seguirem institucionalizadas em outros estabelecimentos com características asilares, o que é vedado pelo §3º do artigo 4º da Lei da Reforma Psiquiátrica.

A qualificação dos fluxos estabelecidos com as diversas instituições incluídas na rede de proteção social é importante fator para a consecução do fechamento total dos HCTPs e instituições congêneres. Esses dois pressupostos da Política se retroalimentam, sendo possível observar no diagnóstico do CNJ que os estados que realizaram a interdição parcial são também, em sua maioria, os que possuem fluxos de encaminhamento dos casos de saúde mental mais alinhados com o que preconiza a Resolução aqui discutida. Por outro lado, nos Planos Estaduais de implementação da Política Antimanicomial, muitas UFs apontam como desafio o não fechamento da porta de entrada, o que é entendido como fator que dificulta o processo de desinstitucionalização e adia a posterior interdição total.

Como preconiza a Resolução CNJ nº 487/2023, é função dos Grupos de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e Socioeducativo (GMFs) fomentar e colaborar com a construção de fluxos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, envolvendo os órgãos e instâncias responsáveis pelas políticas de administração penitenciária, saúde e assistência social, com base no paradigma antimanicomial e no Modelo Orientador do CNJ. O fluxo pressupõe, portanto, a boa articulação entre os atores envolvidos no tema, a definição das atribuições de cada instituição em diferentes fases processuais e o fortalecimento da Rede de Proteção Social.

Sendo assim, cumpre destacar que a excessiva judicialização das políticas públicas, como a Saúde e a Assistência Social, sem alinhamento e pactuação de fluxos e de saídas interinstitucionais, pode incorrer em determinações inadequadas (que estejam fora das atribuições de determinados serviços ou políticas), compulsórias (não obstante a voluntariedade seja um elemento importante a ser observado nos sistemas de saúde e assistência social) ou que trazem como solução a transinstitucionalização, o que não se coaduna com diretrizes antimanicomiais, ao contrário, ratifica a manicomialização. Essa fragilidade da articulação entre Poder Judiciário e Rede de Proteção Social, de forma mais ampla, e Raps, de forma mais específica, foi pontuada como desafio nos planos estaduais de implementação da Política Antimanicomial.

3.4. A elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares

A Resolução CNJ nº 487/2023 dá centralidade à elaboração e ao acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) para cada pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Conforme disposto na referida Resolução, o PTS é o

> *conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou comunidade, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e centrado na singularidade da pessoa em tratamento, de modo a contribuir para a estratégia compartilhada de gestão e de cuidado, possibilitando a definição de obje-*

tivos comuns entre equipe e sujeito em acompanhamento em saúde (Resolução CNJ nº 487/2023, art. 2, VI).

Trata-se, em suma, de um instrumento de trabalho no âmbito da saúde mental, na perspectiva da organização do cuidado e das garantias de direitos para as pessoas com transtorno mental, considerando que cada sujeito terá demandas, necessidades e desejos específicos em seu itinerário de atenção integral. É por isso, pois, que a referida norma explicita que o acompanhamento das medidas de segurança terá como base o acompanhamento das ações previstas e realizadas no bojo do PTS e prevê como responsabilidade das autoridades judiciais a determinação de elaboração dos Projetos individualizados para todas as pessoas ainda privadas de liberdade em HCTPs ou instituições congêneres.

A elaboração do PTS, portanto, é o elo conector entre a política antimanicomial de modo mais geral e os cuidados indispensáveis e demandantes de cada sujeito que, por razão de transtorno mental ou deficiência psicossocial, é atravessada pelo conflito com a lei. Com a implementação da Resolução, foi necessário que, por meio de articulações interinstitucionais, cada UF envidasse esforços para a elaboração de modelos para os planos e sua devida elaboração.

Um levantamento realizado pelo CNJ junto aos tribunais de Justiça do país diagnosticou que em todas as UFs houve construção ou atualização dos PTSs. Embora ainda não seja possível afirmar que todas as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei tenham seu PTS atualizado, percebe-se que na maioria das UFs o decorrer dos prazos de cumprimento da Resolução foi acompanhado pelo avanço na atualização dos PTSs, o que significa uma maior qualificação dos processos em nível estadual e uma maior aproximação a uma padronização nacional da política antimanicomial.

Embora a discussão a que nos propomos não nos permita uma análise qualitativa do processo de elaboração do PTS, entende-se que tal instrumento, se devidamente qualificado pelas equipes de saúde mental, mas, sobretudo se com coparticipação de outros atores e atrizes, como profissionais da assistência social, da educação etc., torna-se a chave para uma melhor implementação da política. Isso porque o PTS expressa os desejos do sujeito, que se torna produtor de saúde mental e, ao mesmo tempo, a cobertura ou vazios assistenciais em cada território, retomando a importância da intersetorialidade e corresponsabilidade, discutidas anteriormente.

Nessa ótica, o PTS é entendido, no bojo da política antimanicomial, como um instrumento dinâmico e singular, que deve considerar os determinantes sociais do processo saúde-doença, inclusive no que tange às opressões estruturais, sobretudo relacionadas à gênero/sexo, raça e etnia, condição socioeconômica, capacidades e idade. Sobre isso, convém mencionar que a construção do PTS, a ser protagonizada pela equipe de saúde, mas com coparticipação das demais políticas

públicas e das políticas judiciárias, deve representar um meio de minimização das desigualdades, considerando que, para isso, cada sujeito deverá ter um itinerário terapêutico individualizado e garantidor de direitos. Reforça-se, ainda, que a elaboração do PTS e as ações desenvolvidas a partir desse projeto não devem enfocar uma suposta cura, mas a redução dos danos e riscos psicossociais e, sobretudo, a garantia da existência plena de todos os sujeitos sociais, como prevê a CDPD.

O PTS, além de ser o instrumento organizador do cuidado e das garantias de direitos, com a Resolução CNJ nº 487/2023, ganha destaque como um dos instrumentos que subsidiam as autoridades judiciais na revisão dos processos que envolvem as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. A referida Resolução estabelece que cabe à autoridade judicial revisar os processos "a fim de avaliar a possibilidade de extinção da medida em curso, progressão para tratamento ambulatorial em meio aberto ou transferência para estabelecimento de saúde adequado" (art. 16) para as pessoas em execução de medida de segurança; que estejam em HCTPs ou equipamentos congêneres apesar da extinção da medida; ou ainda aquelas com transtorno mental em prisão processual ou execução da pena.

Tal dispositivo permite à autoridade judicial, apoiada nos PTSs elaborados, bem como pelas equipes multidisciplinares e demais instituições envolvidas, centralizar a atenção integral à saúde das pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial. Consolida-se, assim, uma mudança de paradigma, anteriormente marcada sobretudo pela perspectiva da defesa social e da lógica da periculosidade, dando lugar à multideterminação dos contextos e processos de saúde-doença, ancorado no modelo biopsicossocial da deficiência, já implementado no Brasil por meio da Lei 13.146/2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Fogaça; Klazura, 2021).

Conforme dados compilados no diagnóstico sobre a implementação da Política Antimanicomial, realizado pelo CNJ, houve um incremento substancial do número de processos revisados entre as duas ondas do levantamento, ou seja, entre outubro de 2023 e abril de 2024. Tal revisão, vale destacar, veio acompanhada da ampliação do número de pessoas desinstitucionalizadas, inclusive com retorno à convivência familiar e comunitária, demonstrando que tal disposição da Resolução lançou luz a um número significativo de pessoas que se encontravam internadas a despeito de suas próprias necessidades de saúde.

3.5 A Resolução CNJ nº 487/2023 e o fortalecimento da Raps

Ante os dados acima apresentados e discutidos, com base nas determinações proferidas com a aprovação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, pode-se apreender que a referida Resolução vem possibilitando, ainda que com percalços e desafios significativos, a implementação da Lei da Reforma Psiquiátrica e da CDPD.

Tal implementação, que centraliza o próprio Poder Judiciário, trouxe, entretanto, impactos significativos nas políticas públicas de garantia de direitos, sobretudo na Política de Saúde Mental,

organizada por meio da Raps, que está presente em todos os municípios brasileiros. Com o aprimoramento da intersetorialidade, com as interdições, qualificação de fluxos e com a elaboração de PTSs, a Política Antimanicomial do Poder Judiciário tem viabilizado uma maior interface e corresponsabilidade entre as políticas.

Nesse âmbito, convém destacar o Protocolo de Intenções nº 001/2023, celebrado entre o CNJ e o Ministério da Saúde, que tem por finalidade o desenvolvimento de um Plano Nacional de Desinstitucionalização; a promoção, execução e divulgação de estudos, projetos, pesquisas, orientações, protocolos, entre outros; o suporte técnico-institucional às Unidades da Federação; a realização de eventos formativos e outros projetos.

Com o firmamento de tais intenções, além de outras incidências, foi possível a articulação para, entre outras, a publicação da Portaria GM/MS nº 4.876/2024, que altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinst), no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) do Sistema Único de Saúde (SUS).

Anteriormente designado *Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei* e, atualmente *Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei* (EAP-Desinst), tal dispositivo da Raps tem o papel fundamental de articular os serviços de saúde, o poder judiciário e as demais políticas públicas, entre outras atribuições.

Se, como mencionado anteriormente, em consequência da contrarreforma psiquiátrica, em 2020, o antigo Serviço foi momentaneamente descontinuado, no atual contexto se visualiza uma ampliação das EAP-Desinst. Segundo dados do CNJ (2024), quando aprovada a Resolução CNJ nº 487/2023, existiam 9 equipes EAP no Brasil, passando em agosto de 2024 para 22 equipes em 16 estados e, em setembro de 2024, 17 Unidades da Federação já contam com EAP-Desinst.

Outro fator de fortalecimento da Raps que pode ser identificado por meio da implementação da supracitada Resolução é a elaboração de Planos Estaduais de Implementação da Política Antimanicomial. Os planos, produzidos pelas 27 Unidades da Federação, contam com ações concretas de fortalecimento da rede de serviços públicos de saúde, entre outras, possibilitando uma maior visibilização das desassistências e como as superar localmente.

Os esforços envidados pelos dois poderes têm significado, nesse sentido, o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, que passa a protagonizar a atenção às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Ainda que os desafios ainda estejam em voga, sobretudo relacionados ao financiamento da política, que foi desmontada nos últimos anos, é possível visualizar sua reconstrução, a passos largos, a partir do firmamento de responsabilidades compartilhadas. Resta,

ainda, é evidente, romper com as forças *contrarreformistas* e de *remanicomialização*, que se atualizam em novos paradigmas, como o das chamadas Comunidades Terapêuticas (Costa, 2021), mas entende-se que há, no cenário atual, um fortalecimento do que representou o avanço com a Lei da Reforma Psiquiátrica.

4. Considerações finais

As conquistas da reforma psiquiátrica são fruto de uma luta que não acabou e não pode acabar. O mundo sofre com os retrocessos na garantia dos direitos humanos, com a ascensão de inúmeros governos de extrema direita que enfraquecem conquistas históricas no campo dos direitos humanos. Nesse processo de fragilização de direitos, sabemos que alguns grupos estão ainda mais vulneráveis, e um desses grupos é constituído, sem dúvida, pelas pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei.

Diante desse cenário, é importante reiterar as conquistas decorrentes da reforma psiquiátrica, mas que precisam urgentemente contemplar as pessoas atravessadas pela justiça criminal. Não só na garantia da saúde, mas também do Estado Democrático de Direito e do devido processo legal.

Assim, é atribuição também do Poder Judiciário assegurar direitos sociais às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. A implementação de uma política em âmbito nacional voltada para a atenção e cuidado desses, entendendo que o isolamento é ineficaz e que, se for utilizado, deve ser o último recurso, será um enorme avanço para o Brasil. A sensibilização de magistrados e magistradas sobre a desinstitucionalização, o debate sobre periculosidade e a ratificação do cuidado em liberdade, conforme previsto pela Reforma Psiquiátrica Mundial, pode levar finalmente ao esvaziamento e ao fechamento dos manicômios judiciários do país. Não há que se pensar em outra saída que não essa. Mudar isso por meio de políticas públicas é urgente.

Inegável que apenas a criação de uma política não permitirá a mudança radical dos sistemas. Como nos ensina Audre Lorde (2019, p. 139-140) ferramentas jurídicas "nunca derrubarão a casa-grande. Elas podem possibilitar que os vençamos em seu próprio jogo durante certo tempo, mas nunca permitirão que provoquemos uma mudança autêntica". A mudança genuína aqui não se trata apenas do tratamento das pessoas em sofrimento mental em liberdade, e sim de uma mudança estrutural nas engrenagens do sistema capitalista que perpetua opressões de classe, raça e gênero. No entanto, como Magno (2021) sempre reitera em sua pesquisa e em suas palavras: é crucial abrir fissuras. E para além de abrir fissuras, é preciso estancar algumas situações de violência que estão escancaradas no país há algumas décadas.

O artigo apresentado evidencia a importância de um arcabouço jurídico que, fundamentado nos princípios da reforma psiquiátrica, promova a desinstitucionalização e redirecione o modelo assistencial à saúde mental. A aplicação da Resolução CNJ nº 487/2023 representa um passo

significativo na promoção de uma abordagem que prioriza o tratamento e a reintegração social em detrimento da punição. Essa resolução reafirma a responsabilidade do Poder Judiciário em assegurar que as diretrizes da Política Antimanicomial sejam implementadas, garantindo o respeito aos direitos humanos e à dignidade dessas pessoas. É fundamental reconhecer que a saúde mental é um direito a ser protegido e promovido, e que o Poder Judiciário desempenha um papel crucial na viabilização desse direito. A adoção de práticas que priorizem o cuidado em meio aberto, bem como a articulação com outras políticas públicas, é essencial para a efetivação de um sistema mais justo e inclusivo. A resolução das questões relacionadas ao sofrimento mental no contexto legal deve ser acompanhada por uma perspectiva que considere a integralidade do sujeito, suas particularidades e suas necessidades específicas. A transformação da percepção sobre o cuidado das pessoas em sofrimento mental, especialmente aquelas em conflito com a lei, deve ser refletida nas políticas públicas, respeitando a integralidade e as especificidades de cada sujeito.

Portanto, é imperativo que o Judiciário continue a se comprometer com a transformação das práticas judiciais, não apenas para atender às demandas legais, mas para contribuir ativamente na construção de um sistema que promova a saúde mental como um pilar fundamental da justiça social. Ao seguir esse caminho, estaremos não apenas cumprindo um dever legal, mas também avançando em direção a uma sociedade mais equitativa e humanizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria [on-line]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de Intenções nº 001/2023**. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/06/protocolo-de-intencoes-assinado.pdf. Acesso em: 25 de setembro de 2024.

CONECTAS DIREITOS HUMANOS; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO. **Financiamento Público de Comunidades Terapêuticas Brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo: Conectas Direitos Humanos; CEBRAP, 2022. Disponível em: https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf. Acesso em: 26 de setembro de 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Relatório Implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário - Resolução CNJ nº 487/2023**. 21 de agosto de 2024b. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2024/09/relatorio-politica-antimanicomial-2024-08-23.pdf. Acesso em: 26 de setembro de 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023**. Disponível em https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4960. Acesso em: 23 de setembro de 2024a.

CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação nº 44, de 15 de junho de 2020**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/recomendacoes/2020/recomendacao-no-044.pdf. Acesso em: 26 de setembro de 2024.

CONDEGE. CONSELHO NACIONAL DOS DEFENSORES PÚBLICOS GERAIS. **Nota Técnica de 3 de junho de 2020**. Disponível em: https://anadep.org.br/wtksite/cms/conteudo/44561/Nota_Tecnica___EAP_vf_condege_assinada_.pdf. Acesso em: 16 de outubro de 2024.

CORREIA, L. C.; LIMA, I. M. S. O.; ALVES, V. S. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. *In*: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 9, p. 1995–2002, set. 2007.

COSTA, P. H. A. Comunidades Terapêuticas nas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização. *In*: **Serviço Social Em Debate**, v. 3, n. 2, 2021, p. 22-39.

FOGAÇA, V. H. B.; KLAZURA, M. A. Pessoa com deficiência entre o modelo biomédico e o modelo biopsicossocial: concepções em disputa. *In*: **Emancipação**, v. 21, 2021, p. 1-18.

LORDE, **A. Irmã outsider**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

PASSOS, I. C. F. **Reforma Psiquiátrica**: as experiências francesa e italiana. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009

STF. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Mandado de Segurança nº 39.747/RJ**, rel. Min. Flávio Dino, decisão monocrática, j.19-6-2024.

DESAFIOS E POTENCIALIDADES PARA A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL DO PODER JUDICIÁRIO A PARTIR DAS AUDIÊNCIAS DE CUSTÓDIA

Isabela Rocha Tsuji Cunha[1] , Jamile dos Santos Carvalho[2]

Resumo: Compreendendo a audiência de custódia como um momento privilegiado de contato imediato entre as pessoas custodiadas e o Sistema de Justiça criminal, o presente artigo busca discutir a potencialidade do instituto para a identificação e o encaminhamento adequado de casos de pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial, de modo a garantir que não haja novas institucionalizações, inclusive no sistema prisional. Apresentando o Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada e estratégias para sua atuação no âmbito da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, são aventadas possibilidades e desafios para o serviço de atendimento a estes casos.

Introdução

Baseando-se na perspectiva antimanicomial, a reforma psiquiátrica instituída no Brasil a partir da Lei nº 10.216/2001 nos convoca não só à desinstitucionalização das pessoas internadas em instituições com características asilares, mas também a repensar o modelo assistencial em saúde mental a partir do cuidado em liberdade. Nesse sentido, o novo modelo pauta a necessidade de garantir a não institucionalização de novos casos, seja nos hospitais psiquiátricos, seja, nos casos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e instituições semelhantes, inclusive as unidades prisionais, como reforça a Resolução CNJ nº 487/2023 (Brasil, 2023). Discute-se, pois, não só a adequação da aplicação e da execução das medidas de segurança, como também, antes disso, a adoção de medidas apropriadas desde o início do contato das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial com o sistema penal, de modo a evitar a institucionalização e, sempre que necessário, garantir o encaminhamento para o atendimento em saúde mental conforme os fluxos e serviços da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede de Atenção à Saúde.

1 Advogada, Mestra e Doutoranda em Direitos Humanos (FDUSP). Atualmente é Coordenadora Adjunta do Eixo de Cidadania do Programa Fazendo Justiça (Pnud/CNJ).
2 Socióloga, Mestra em Ciências Sociais (FFCH/Ufba) e atualmente é Assistente Técnica no Eixo de Proporcionalidade Penal no Programa Fazendo Justiça (Pnud/CNJ).

Nesse bojo, a audiência de custódia exerce função fundamental na porta de entrada da política antimanicomial ao possibilitar o primeiro encontro entre as pessoas presas em flagrante ou por cumprimento de mandado de prisão com a autoridade judicial e a estrutura do Poder Judiciário, que tem a responsabilidade de verificar indícios de transtorno mental e deficiência psicossocial e de assegurar o encaminhamento adequado, primando pela não institucionalização. No presente artigo, buscamos evidenciar a importância da audiência de custódia e do Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada (Apec) no fluxo da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, apontando suas potências e desafios diante da missão de qualificar e racionalizar a porta de entrada do sistema prisional.

Audiência de custódia

Instituídas no Brasil em 2015 pela Resolução CNJ nº 213/2015 (Brasil, 2015) e posteriormente incorporadas ao Código de Processo Penal nos arts. 310, 287 e 3º-B, §1º para dar cumprimento às obrigações internacionais assumidas pelo país ao ratificar o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, de 1966, e a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 1969, as audiências de custódia têm como característica elementar a presença, ou seja, o contato direto entre a pessoa recém-presa e o juiz ou a juíza. Trata-se de previsão no escopo do direito fundamental à liberdade, que visa coibir e corrigir imediatamente as prisões ilegais, arbitrárias ou desnecessárias, constituindo umas das ferramentas primordiais para o enfrentamento do estado de coisas inconstitucional do sistema prisional brasileiro, reconhecido pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 347.

Para além do controle da legalidade das prisões, as audiências de custódia também estão intrinsecamente relacionadas à prevenção da tortura, compromisso igualmente atrelado às normativas internacionais e internas que asseguram o direito à integridade pessoal das pessoas custodiadas e, mais especificamente, à Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, internalizada no ordenamento jurídico brasileiro em 1991.

A garantia da apresentação sem demora à autoridade judicial representa um importante mecanismo para a detecção de indícios e relatos de tortura e maus-tratos durante a abordagem policial, momento em que a integridade física da pessoa detida está mais vulnerável, à mercê de agentes estatais de segurança pública, e em que o risco de maus-tratos é mais frequente (Weis; Junqueira, 2012). Caso sejam identificadas situações de tortura e maus-tratos, a audiência de custódia é a ocasião oportuna para a adoção de providências imediatas para cessação e apuração e para medidas de proteção à vítima e às testemunhas.

O contato célere e direto com o Sistema de Justiça na audiência de custódia também é

fundamental para a racionalização da porta de entrada do sistema prisional, uma vez que, ao providenciar a escuta da pessoa custodiada, permite a melhor adequação das medidas aplicadas, que devem considerar as condições pessoais e sociais de cada sujeito. Observando o enfoque restaurativo das alternativas penais, conforme dispõe a Resolução CNJ nº 288/2019 (Brasil, 2019), no âmbito da audiência de custódia, devem ser priorizadas as medidas que primam pela liberdade e por intervenções qualificadas a partir de uma percepção sistêmica sobre os processos de criminalização, considerando as diversidades e condições de vulnerabilidade que atravessam as trajetórias individuais e sociais.

A partir do reconhecimento da seletividade penal, operada a partir do racismo, da desigualdade de gênero e de outros fatores estruturais, como da criminalização da pobreza, que marcam o Sistema de Justiça criminal, a audiência de custódia deve atuar como um mecanismo de controle e mitigação desses efeitos, do encarceramento em massa e da retroalimentação do sistema prisional. Nesse sentido, para além da aplicação adequada das medidas judiciais, as audiências de custódia devem se orientar pela garantia da proteção social e de demais direitos às pessoas custodiadas. Todas as instituições envolvidas na audiência devem estar implicadas com esse propósito e atentas às necessidades e demandas por proteção social das pessoas apresentadas (Brasil, 2020). No entanto, por meio de uma equipe multidisciplinar especializada em proteção social na porta de entrada do sistema penal, a identificação de demandas e o encaminhamento para acesso a direitos e políticas públicas podem ser potencializados.

O Serviço Apec

Com o propósito de fomentar, orientar e aperfeiçoar o atendimento às pessoas presas em flagrante delito ou por cumprimento de mandado judicial, conforme suas condições pessoais e sociais, o CNJ lançou em 2020 o Manual de Proteção Social na Audiência de Custódia — Parâmetros para o Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada (Brasil, 2020). O Manual de Proteção Social para Audiência de Custódia apresenta os parâmetros jurídicos e metodológicos, fluxos e procedimentos a serem adotados pelo Poder Executivo, pelos tribunais de Justiça e pelas equipes multiprofissionais especializadas do Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada (Apec).

A proteção social é um direito fundamental e o Estado tem o compromisso de garanti-lo, devendo atingir todas as pessoas onde quer que estejam. A já mencionada Resolução CNJ nº 213/2015, ao regulamentar as audiências de custódia no país, estabeleceu a responsabilidade do Poder Judiciário em se comprometer de forma compartilhada com o Poder Executivo para garantir a proteção social a todas as pessoas custodiadas, particularmente aquelas em maior vulnerabilidade. As iniciativas de proteção social têm como base a determinação constitucional de garantir a dignidade e os direitos fundamentais das pessoas, inclusive os direitos sociais. O art. 9º, § 2º, da referida Resolução determina que, identificadas demandas abrangidas por políticas de proteção ou

de inclusão social, caberá à autoridade judicial encaminhar a pessoa presa em flagrante delito ao serviço de acompanhamento de alternativas penais, quando aplicadas medidas cautelares.

No contexto da audiência de custódia, as políticas de proteção e inclusão social serão mediadas pelo Serviço Apec, via atendimento realizado por equipe multidisciplinar especializada. Cabe também à equipe do Serviço Apec orientar as pessoas sobre o cumprimento das medidas cautelares eventualmente impostas e o local de comparecimento periódico, que pode ser nas varas ou nas Centrais Integradas de Alternativas Penais (Ciap).

Além dos aspectos mais amplos relacionados à proteção social, a partir da Resolução CNJ nº 487/2023 e da nova redação da Resolução CNJ nº 213/2015, que prevê, no art. 8º, II, a necessidade de que a autoridade judicial se certifique, com o apoio da equipe especializada em proteção social, da presença de eventuais indícios de transtorno mental ou qualquer deficiência psicossocial, o Serviço Apec assume um papel central na identificação de demandas de saúde mental e acionamento da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no contexto da audiência de custódia, contribuindo para o não direcionamento de novas pessoas com transtorno mental ao sistema prisional e evitando novas institucionalizações.

O Manual de Proteção Social na Audiência de Custódia (Brasil, 2020) já dispõe sobre a escuta qualificada e a identificação de necessidades de pessoas com transtornos mentais pelo Serviço Apec. Ao tratar de criminalização e estigmatização, bem como das diretrizes e dos princípios das ações de cuidado, o Manual ressalta que o Serviço Apec não tem a competência para a elaboração de diagnósticos, perícias e laudos de "periculosidade" ou para o encaminhamento de pessoas a hospitais psiquiátricos ou outras instituições de caráter asilar. De outro modo, o manual assinala que a equipe técnica, em atendimento prévio à audiência, ao perceber indícios de transtornos mentais, deve informar ao magistrado ou magistrada e, com sua anuência, acionar serviços da Rede de Atenção Psicossocial (Raps).

> *Sinais e sintomas de transtornos mentais (alucinações, desorientação tempo-espacial, delírios e outros), ao serem identificados em atendimento social prévio, devem ser percebidos como uma crise em saúde mental, o que se configura como uma urgência em saúde e, conforme diretrizes expressas na Resolução CNJ nº 213/2015, à equipe do Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada caberá sugerir ao juízo, de imediato, encaminhamento para a rede de atenção à urgência e emergência em saúde em hospitais gerais ou CAPS III, cabendo também ao juiz decidir sobre a suspensão da audiência de custódia até momento posterior à alta médica (Brasil, 2020, p. 72).*

Nos casos em que a autoridade judicial, com apoio da equipe Apec e após ouvir o Ministério

Público e a defesa, entender que a pessoa apresentada à audiência de custódia está em situação de crise em saúde mental e não tem condições de participar do ato da audiência, ou, para além da crise, apresenta indícios de sofrimento mental, transtorno ou deficiência psicossocial, a equipe deve acionar a Raps. Caso o distrito sanitário onde se realiza a audiência de custódia esteja coberto por uma Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinst), esta deve ser acionada, tanto para o eventual manejo da crise quanto para fazer o devido acompanhamento e referenciamento a um equipamento de saúde.

Com isso, a equipe do serviço Apec, na porta de entrada do sistema prisional, ao perceber indícios de transtorno mental ou deficiência psicossocial, assegura a individualização do atendimento e a participação das equipes de saúde, contribuindo para a mudança do padrão decisório das audiências de custódia, que não deve ser mais o de internamento ou outras formas de institucionalização, e sim de tratamento ambulatorial e encaminhamento voluntário à rede de atenção. O contato prévio com a pessoa custodiada antes da realização da audiência e o estabelecimento de fluxos entre o Serviço Apec e a Raps devem permitir a adoção de um padrão de cuidado em liberdade, evitando que pessoas com demandas de saúde mental adentrem HCTPs, instituições congêneres, ou, diante da interdição destes estabelecimentos, o sistema prisional.

O manejo da crise no âmbito da audiência de custódia

Durante a entrevista do atendimento prévio, a equipe do Serviço Apec deve se atentar a indícios de transtorno mental que comprometam a autonomia da pessoa custodiada e sua capacidade de compreensão do que está sendo dito. Observar se a pessoa está situada, se compreende o que ocorreu para que chegasse até aquele momento, observar se estão presentes delírios persecutórios, inquietude, relatos ou menção a tratamento anterior e outros sinais que apontem para uma situação de crise em saúde mental, indícios de sofrimento mental, transtorno ou deficiência psicossocial. Ao perceber esses indícios, a equipe deve buscar informações com a pessoa atendida, por exemplo: consultar se é ou já foi acompanhada por algum serviço da rede de saúde mental; se faz uso de alguma medicação controlada regular ou semelhante; se lembra do nome de seu técnico ou técnica de referência no serviço em que é acompanhada; se tem o contato de algum familiar ou pessoa de referência em que confie e que possa ser acionada.

Levantar essas informações ainda no atendimento prévio qualifica o Relatório Informativo que deve ser fornecido pelo Serviço Apec à autoridade judicial, favorece a identificação e a indicação de pessoas de confiança que possam acompanhar a pessoa custodiada durante a audiência — se for o caso —, otimiza os possíveis encaminhamentos para o momento do atendimento posterior e contribui para situar a pessoa na rede. Nesses casos, a equipe do serviço Apec, munida do Relatório Informativo e de todas as informações levantadas, deve reportar a situação o mais rápido

possível ao magistrado ou magistrada da audiência de custódia e acionar a equipe EAP-Desinst ou equipe da Raps especializada em manejo de crise e atenção a transtornos mentais, que devem avaliar a melhor medida em saúde para o caso, conforme previsto na Resolução do CNJ nº 487/2023.

A identificação da situação de crise em saúde mental e as primeiras tentativas de manejo devem ocorrer ainda no local da audiência de custódia, visando especialmente garantir as condições de saúde e de segurança da pessoa em crise. Nesse momento, deve-se primar por tecnologias de cuidado relacionais como acolhimento, escuta atenta e interessada e olhar empático, além de promover um ambiente de confiança para a pessoa, de modo que ela sinta no interlocutor ou interlocutora uma ambiência segura até a chegada de equipe especializada da Raps, de seus familiares ou outras pessoas com quem tenha vínculo afetivo. É importante nesse momento que a equipe do serviço Apec busque se diferenciar dos demais atores do local de realização da audiência, especialmente dos profissionais da segurança, de modo que as tecnologias de cuidado possam se efetivar, mas sempre os mantendo informados da estratégia. Afastar olhares curiosos e outras pessoas custodiadas do entorno da pessoa em crise ou que apresente indícios de sofrimento mental também contribui para o momento inicial da atenção à crise até a chegada de equipe qualificada, vinculada à Raps.

> *Não há local específico e unicamente responsável por acolher as situações de crise. A abordagem das situações de crise deve acontecer no local onde se encontra o usuário, ou seja, em seu circuito de vida ou de cuidado: casa, rua, UBS, CAPS, pronto-socorro etc., não sendo de exclusividade do profissional médico ou mesmo do profissional de Saúde. Manifestar disponibilidade de escuta, negociar processualmente a aproximação são posturas fundamentais para a busca de encontro com o usuário. Para que haja reciprocidade nas relações, é necessário que haja compartilhamento de poder. Historicamente a pessoa em situação de crise tem seu poder de decisão cerceado, seja pela experiência de sofrimento psíquico, seja pelas pessoas e instituições ao seu redor. Nesse sentido, qualquer tentativa de aproximação deve buscar, a cada momento, a anuência do usuário (Brasil, 2013, p. 101 e 102).*

Ao elaborar o relatório informativo com indícios de transtorno mental ou situação de crise em saúde mental, o serviço Apec deve comunicar ao magistrado ou à magistrada: a necessidade de suspensão da audiência e de acionamento da equipe qualificada da Raps, bem como a necessidade de garantir a segurança da pessoa em crise, removendo-a de carceragem de uso comum com outras pessoas presas e avaliando, conforme o caso concreto, a melhor forma de permanência e de espera da pessoa custodiada em sofrimento psíquico, até a chegada de equipe da Raps.

A depender do quão grave esteja a situação de crise, é necessário, ainda, que a equipe Apec

faça o rápido acionamento de um familiar ou outro ator com quem a pessoa custodiada mantenha vínculo afetivo e de cuidado e que possa estar ao seu lado prestando-lhe assistência e passando-lhe confiança e segurança. A presença de uma pessoa familiar nesse momento é fundamental para o fortalecimento de vínculos, para a assistência durante os atos judiciais, para a particularização da tomada de decisão e seu posterior cumprimento e para adesão aos encaminhamentos sugeridos. Adicionalmente, as pessoas familiares podem fornecer documentos e relatórios médicos sobre a condição de saúde da pessoa, entre outros documentos que contribuam para qualificar o Relatório Informativo para a audiência de custódia, que são especialmente relevantes nos casos de pessoas com demandas de saúde mental.

Com a chegada da equipe da Raps ao local da audiência de custódia, ela dará início às tentativas de manejo da crise em saúde mental e, caso não sejam suficientes, a autoridade judicial garantirá o encaminhamento da pessoa para atendimento em saúde, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) ou outros serviços indicados pela Raps, e providenciará o registro da não realização da audiência de custódia, em conformidade com o art. 5º, §2º, da Resolução CNJ nº 487/2023. A audiência de custódia poderá ser realizada posteriormente, no local em que a pessoa se encontrar, quando viável, ou imediatamente após o restabelecimento de sua condição de saúde ou de apresentação.

A partir de tais imposições, a Resolução CNJ nº 487/2023 reforça a imprescindibilidade da participação da pessoa custodiada na audiência de custódia, garantindo seu direito a ser ouvida pela autoridade judicial, na presença do Ministério Público e da defesa, não sendo admitida a supressão do ato judicial e a simples análise do Auto de Prisão em Flagrante ou do cumprimento do mandado de prisão.

Equipes Apec e EAP-Desinst

O fomento à criação ou alocação de equipes multiprofissionais, inclusive do Serviço Apec, ou de equipes conectoras, como a Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinst), para atuação na audiência de custódia, compõe o quadro de ações dos Comitês Estaduais Interinstitucionais de Monitoramento da Política Antimanicomial (Ceimpas), dos Grupos de Trabalho Interinstitucionais sobre Saúde Mental e dos Programas de Atenção Integral. Trata-se de equipes e serviços cruciais para que magistradas e magistrados encontrem o suporte e os subsídios necessários para a tomada de decisão segura, para o cuidado e a proteção das pessoas que demandem atenção em saúde em situações de emergência/crise ou não, e para que, ao refletir o processo de articulação interinstitucional e de trabalho de cada área profissional envolvida, representem o compartilhamento de responsabilidades próprio do campo da saúde mental. Nos termos do art. 16, parágrafo único da Resolução CNJ nº 487/2023: "(...) o Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento

da Política Antimanicomial previsto no art. 20, VI, e as equipes conectoras ou multidisciplinares qualificadas apoiarão as ações permanentes de desinstitucionalização".

Nesse momento, com a publicação das Resoluções CNJ nº 487/2023 e nº 562/2024 (Brasil, 2024), o Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada ganha ainda mais relevância nas Varas Especializadas das Garantias e nos espaços de realização das audiências de custódia por todo país, contribuindo para identificação das pessoas com indícios de transtorno mental ou qualquer deficiência psicossocial, em situação de crise ou não. Nesse contexto, Serviço Apec e EAP-Desinst/Raps estão em uma estreita relação de complementaridade em favor da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, especialmente na porta de entrada do sistema prisional.

Publicada em junho de 2024, a Resolução CNJ nº 562/2024 apresenta diretrizes acerca do instituto do juiz das garantias, incorporado ao processo penal brasileiro a partir da Lei nº 13.964/2019. Ao propor modelos para a estruturação dos juízos de garantias, a resolução destaca, no art. 7º, §4º, a importância de que Varas, Centrais ou Núcleos das Garantias Especializados tenham "estrutura de serviços integrados que favoreçam os procedimentos específicos da audiência de custódia", dentre os quais se encontram a identificação civil, os postos de perícia técnica para a realização dos exames de corpo de delito e o Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada (Apec), como condição para a realização da audiência de custódia. Com isso, a proteção social na porta de entrada do sistema penal adquire ainda maior institucionalidade e a perspectiva de alcançar maior capilaridade em todos os locais de realização da audiência de custódia, por meio da ampliação do Serviço Apec com o suporte do Poder Judiciário, do Poder Executivo Federal, por meio da Secretaria Nacional de Políticas Penais (Senappen), e dos governos estaduais e municipais.

Em seu turno, as equipes EAP-Desinst também vivenciam momento de reestruturação e expansão, amplamente motivadas pelo advento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Com a publicação recente da Portaria GM/MS nº 4.876 do Ministério da Saúde (Brasil, 2024b) atualizando as orientações sobre a atuação das equipes multiprofissionais EAP-Desinst, as ações de avaliação e acompanhamento decorrentes das audiências de custódia passam a ser priorizadas.

Desde a instituição das EAPs pela Portaria GM/MS nº 94 do Ministério da Saúde (Brasil, 2014), já estavam previstas como beneficiárias do serviço as pessoas que apresentassem transtorno mental e que estivessem em conflito com a lei com inquérito policial em curso, categoria que abrange as pessoas presas em flagrante delito apresentadas na audiência de custódia. Contudo, devido às limitações de capacidade dos serviços e à alta demanda dos HCTPs ou instituições congêneres, a maior parte das EAPs implantadas até então voltaram-se prioritariamente para os processos de desinstitucionalização. Com interdição da porta de entrada de HCTPs em boa parte do país — dados do CNJ informam atualmente 14 Unidades da Federação com interdição parcial[3]

3 Informações disponíveis em: https://dados-faju.shinyapps.io/painel-acoes-estaduais-res-cnj-487/. Acesso em 9 nov. 2024.

—, é crescente a demanda por atenção das EAP-Desinst nas audiências de custódia, para a garantia de suporte às autoridades judiciais no apontamento de alternativas para o encaminhamento ao atendimento em saúde das pessoas custodiadas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial.

Desafios para atenção à saúde mental na porta de entrada do sistema penal

O desafio foi lançado tanto para as equipes Apec quanto para as equipes EAP-Desinst: acolher e tentar evitar a entrada ou reentrada de pessoas com transtornos mentais ou deficiências psicossociais no sistema prisional e novas institucionalizações. Ambas as equipes estão nesse momento em processo de qualificação, passando a ver ou a rever atribuições muito bem traçadas na Política Antimanicomial do Poder Judiciário e alinhadas com as regulamentações e diretrizes de funcionamento próprias.

A equipe Apec, agora mais do que nunca, precisa estar tecnicamente preparada para recepcionar esse público e, num diálogo fino e contínuo com a rede de saúde mental, produzir o cuidado. Para as equipes EAP-Desinst, os desafios são a prontidão diante dos acionamentos sempre imprevistos e intempestivos das audiências de custódia, bem como conhecer e manejar as dinâmicas próprias desse instituto. A primeira tem entre seus desafios a identificação rápida e assertiva, a atenção às demandas emergenciais associadas e a técnica na produção de relatórios informativos, que, mais que informar, precisa convencer. A outra tem entre seus desafios a incidência sobre a decisão para que prevaleça a avaliação em saúde, sobre as possibilidades de cuidado em meio aberto e o acionamento da rede, assim como o acompanhamento dessas pessoas. Ambas têm desafios próprios e comuns, que precisam ser apresentados nas arenas de debate e construção coletiva com diferentes atores e atrizes.

Ainda sobre os desafios comuns para ambas as equipes, estão o tamanho reduzido de suas equipes em comparação à alta demanda, a dificuldade de interiorizar suas ações, o baixo suporte e capacidade da rede de absorver os encaminhamentos, a necessidade de qualificação dos atores e atrizes do Sistema de Justiça sobre a atenção à saúde mental, a atuação em plantões em dias não úteis e finais de semana, além da produção de dados e indicadores sociais que possam favorecer a qualificação permanente das políticas. Entre suas potencialidades, destacam-se a interdisciplinaridade de suas equipes, a formulação de parâmetros nacionais que orientam para a desinstitucionalização e o desencarceramento, a criação de alternativas à prisão, a redução de danos e o cuidado em liberdade e a existência de cada vez mais espaços interinstitucionais de debate, construção e monitoramento da Política Antimanicomial, em âmbito nacional e local.

Por fim, mas não por último, pois essa relação merecerá muitas outras oportunidades de diálogo e análise, ressaltamos que essas equipes precisarão de momentos contínuos de cuidado e supervisão clínico-institucional para lidar com as pressões próprias dessa ambiência e interface com o Sistema de Justiça criminal e segurança pública e pressões externas diante de casos midiáticos que eventualmente chegam às audiências de custódia. Diante de crimes graves e de grande repercussão pública, os atores e atrizes ficam mais pressionados a dar respostas que atendam ao clamor social e podem corresponder com estratégias precipitadas, que não sejam as melhores para o caso específico.

As equipes precisam ter estabilidade e autonomia funcional para atuar de acordo com parâmetros e diretrizes nacionais e com seus respectivos códigos de ética. A sustentabilidade e formalização desses serviços e equipes locais por meio de portarias ou outros atos normativos e acordos de cooperação técnica que delimitem suas atribuições é fundamental para garantir mais segurança jurídica para as equipes e seus profissionais. O Ceimpa e os Comitês Estaduais de Políticas Penais são espaços propícios para a definição dos fluxos, o direcionamento e o monitoramento da atuação destas equipes.

Com isso, é fundamental que o Poder Judiciário, o Poder Executivo, a sociedade civil e os Comitês e demais grupos interinstitucionais nacionais e locais sigam na busca pela qualificação, pelo aperfeiçoamento das práticas e por uma maior integração entre as equipes e os públicos que atuam nas audiências de custódia, contribuindo para o aprimoramento desse instituto, fundamental para racionalizar a porta de entrada do sistema prisional e para a observância da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, para que não haja novas institucionalizações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.876, de 18 de julho de 2024**. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei - EAP-Desinst, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial - Raps do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt4876_19_07_2024.html. Acesso em: 9 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014**. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *In*: **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Manual de proteção social na audiência de custódia**: Parâmetros para o serviço de atendimento à pessoa custodiada. Conselho Nacional de Justiça, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime; coordenação de Luís Geraldo Sant'Ana Lanfredi [et al.]. Brasília: CNJ, 2020. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/11/manual_de_protecao_social-web.pdf. Acesso em: 9 nov. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução nº 213, de 15 de dezembro de 2015**. Dispõe sobre a apresentação de toda pessoa presa à autoridade judicial no prazo de 24 horas. Brasília: CNJ, 2015. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2234. Acesso em: 9 nov. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução nº 288, de 25 de junho de 2019**. Define a política institucional do Poder Judiciário para a promoção da aplicação de alternativas penais, com enfoque restaurativo, em substituição à privação de liberdade. Brasília: CNJ, 2019. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2957. Acesso em: 9 nov. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023**. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei nº 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Brasília: CNJ, 2023. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf. Acesso em: 9 nov. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução nº 562, de 3 de junho de 2024**. Institui diretrizes de política judiciária para a estruturação, implantação e funcionamento do juiz das garantias no âmbito da Justiça Federal, Eleitoral, Militar, e dos Estados, Distrito Federal e Territórios, altera e acrescenta dispositivos da Resolução CNJ nº 213/2015, que dispõe sobre a apresentação de toda pessoa presa à autoridade judicial no prazo de 24 horas, conforme julgamento das Ações Diretas de Inconstitucionalidade nº 6.298, 6.299, 6.300 e 6.305. Brasília: CNJ, 2024. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/original151711202406056660817 76dd66.pdf. Acesso em: 9 nov. 2024.

WEIS, Carlos; JUNQUEIRA, Gustavo Octaviano Diniz. A obrigatoriedade da apresentação imediata da pessoa presa ao juiz. *In*: **Revista dos Tribunais**, v. 921/2012, p. 331-355, 2012.

ANEXOS

I Relatório do Seminário Internacional de Saúde Mental: Possibilidades para a efetivação da Política Antimanicomial na interface com o Poder Judiciário

ACESSE AQUI

II Transmissão do Seminário Internacional de Saúde Mental: Possibilidades para a efetivação da Política Antimanicomial na interface com o Poder Judiciário

15 DE JUNHO MANHÃ

15 DE JUNHO TARDE

16 DE JUNHO MANHÃ

16 DE JUNHO TARDE

III Página da Política Antimanicomial do Poder Judiciário

ACESSE AQUI

IV Resolução CNJ nº 487, de 15 de fevereiro de 2023

ACESSE AQUI

FICHA TÉCNICA

Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF/CNJ)

Juízes auxiliares da Presidência

Luís Geraldo Sant'Ana Lanfredi (Coordenador); Edinaldo César Santos Junior; João Felipe Menezes Lopes; Jônatas Andrade

Equipe

Alessandra Amâncio; Alexandre Padula Jannuzzi; Alisson Alves Martins; Amanda Oliveira Santos; Ana Beatriz Barbosa de Jesus; Anália Fernandes de Barros; Andrea Vaz de Souza Perdigão; Ane Ferrari Ramos Cajado; Bruno Muller Silva; Camila Curado Pietrobelli; Camilo Pinho da Silva; Carolina Castelo Branco Cooper; Caroline da Silva Modesto; Caroline Xavier Tassara; Carolini Carvalho Oliveira; Danielle Trindade Torres; Emmanuel de Almeida Marques Santos; Flavia Cristina Piovesan; Helen dos Santos Reis; João Victor Santos Muruci; Joseane Soares da Costa Oliveira; Juliana Kayta Assis Santos da Silva; Juliana Linhares de Aguiar Lopes; Juliana Tonche; Kalebe Mendes de Souza; Karla Marcovecchio Pati; Larissa Lima de Matos; Luis Pereira dos Santos; Luiz Victor do Espírito Santo Silva; Marcio Barrim Bandeira; Mauro Guilherme Dias de Sousa; Melina Machado Miranda; Renata Chiarinelli Laurino; Sabrina de Sousa Rodrigues Mendonça; Saôry Txheska Araújo Ferraz; Sidney Martins Pereira Arruda; Sirlene Araujo da Rocha Souza; Thais Gomes Ferreira; Valter dos Santos Soares; Victor Martins Pimenta; Vitor Stegemann Dieter; Wesley Oliveira Cavalcante

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)

Representante-Residente Assistente e Coordenadora da Unidade de Programa: Maristela Baioni

Coordenadora da Unidade de Paz e Governança: Andréa Bolzon

Unidade de Gestão de Projetos (UGP)

Gehysa Lago Garcia; Mayara Sena; Isabella Moura; Michelle Souza; Paula Bahia Gontijo; Maria Noronha; Natasha Grzybowski; Thessa Carvalho

Equipe Técnica

Gestão

Coordenação-Geral

Valdirene Daufemback; Talles Andrade de Souza

Gestão

Amanda Santos; Carolina Haber; Marcela Elena Lopes da Silva de Moraes; Mayara Dias Miranda; Melissa Rodrigues Godoy dos Santos; Pedro Castanheira do Amaral Goncalves; Sérgio Pecanha da Silva Coletto; Thessa Ferraz Carvalho; Vivian Delacio Coelho; Yasmin Batista Peres

Jurídico e LGPD

Mário Henrique Ditticio; Amanda Victória Queiroz de Sousa; Izabela Maria Robl; Lidiani Fadel Bueno Gomes; Luiz Gustavo de Souza Azevedo

Comunicação

Debora Neto Zampier; Nataly Pereira Costa; Apoena de Alencar Araripe Pinheiro; Bernardo Costa; Isis Capistrano Pereira; José Lucas Rodrigues de Azevedo; Laura Almeida Pereira Monteiro; Leonam Francisco Toloto Bernardo; Natasha Holanda Cruz; Pedro Zavitoski Malavolta; Renata de Assumpção Araújo; Tuany Maria Ribeiro Cirino

Pena Justa

Giane Silvestre; Luciana da Luz Silva; Michele Duarte Silva; Pedro H. Mourthe de Araújo Costa; Vinícius Couto

Indução

Formação Integrada

Rose Marie Botelho Azevedo Santana; Hector Vieira; Raphael Curioso Lima Silva; Ângela Christina Oliveira Paixão

UMF

Bruna Nowak; Catarina Mendes Valente Ramos; Fernando Uenderson Leite Melo; Isabelle Cristine Rodrigues Magalhães; Natália Faria Resende de Castro

Sistemas e Dados

Alexander Cambraia Vaz do Nascimento; Alexandra Luciana Costa

Estratégia de Dados e Evidências

André Zanetic; Daiane Bushey; Denys de Sousa Gonçalves; Filipe Mesquita de Oliveira; Leonardo Sangali Barone; Lidia Cristina Silva Barbosa; Moacir Chaves Borges; Natália Caruso Theodoro Ribeiro

Estruturação de Projetos

Josiane do Carmo Silva

SEEU

Anderson Paradelas Ribeiro Figueiredo; Alef Batista Ferreira; Thais Barbosa Passos; Alisson Lopes de Sousa Freitas; Ana Rita Reis e Rocha; André Ferreira Moreira; André Luiz Alves Baracho de Freitas; Angélica Leite de Oliveira Santos; Aulus Carvalho Diniz; Benício Ribeiro da Paixão Júnior; Clara Brigitte Rodrigues Monteiro; Cledson Alves Júnior; Cleide Cristiane da Silva Diniz; Cristiano Nascimento Pena; Daniel Lazaroni Apolinário; Edilene Ferreira Beltrão; Elaine Conceição Venâncio Santos; Elenilson Pedro Chiarapa; Heiner de Almeida Ramos; Humberto Adão de Castro Júnior; Jeferson da Silva Rodrigues; Jorge Lopes da Silva; João Batista Martins; Jucinei Pereira dos Santos; Jéssika Braga Petrilio Lima; Leandro Souza Celes; Leonardo Lucas Ribeiro; Lian Carvalho Siqueira; Luciana Gonçalves Chaves Barros; Marcel Phillipe Silva e Fonseca; Marcelo Ramillo; Maria Tereza Alves; Matias Severino Ribeiro Neto; Munif Gebara Júnior; Neidijane do Carmo Loiola; Paulo Gabriel Amaro; Paulo Weverton Gonçalves; Pedro Uchoa; Rafael Marconi Ramos; Raquel Yoshida; Renan Rodrigues de Almeida; Reryka Ruvia Panagio Custódio Leite Silva; Ricardo Lima Cavalcante; Rodrigo Engelberg Silva de Oliveira; Rodrigo Louback Adame; Rogério Martins de Santana; Régis Paiva Araújo; Simone Levenhagem; Thiago Santos; Torquato Barbosa de Lima Neto; Vanessa Branco; Welington Fragoso de Lira

PSE

Alexandre Lovatini Filho; Ana Virgínia Cardoso; Bruna Milanez Nascimento; Daniela Correa Assunção; Edson Orivaldo Lessa Júnior; Erineia Vieira Silva; Fernanda Coelho Ramos; Francisco Jorge Henrique Pereira de Oliveira; Gustavo Augusto Ribeiro Rocha; Karla Bento Luz; Klicia de Jesus Oliveira; Liliane Grez da Silva; Lívia Soares Jardim; Neylanda de Souza Cruz; Paulo Henrique Barros de Almeida; Renata Alyne de Carvalho; Semilla Dalla Lasta de Oliveira; Wallyson José Fernandes Júnior; Walter Vieira Sarmento Júnior

Implantação

Sistema Penal

Fabiana de Lima Leite; Pollyanna Bezerra Lima Alves; Francine Machado de Paula; Isabela Rocha Tsuji Cunha; Flávia Palmieri de Oliveira Ziliotto; Raissa Carla Belintani de Souza; Gustavo de Aguiar Campos; Ítalo Barbosa Lima Siqueira; Jamile Carvalho; Joyce Arruda; Lucas Pereira de Miranda; Mariana Nicolau Oliveira; Natália Ramos da Silva; Natália Vilar Pinto Ribeiro; Paula Karina Rodriguez Ballesteros; Priscila Coelho; Simone Schuck da Silva

Equipe Estadual - Sistema Penal

Ariane Gontijo Lopes (MG); Camila Belinaso Oliveira (RS); Fernanda Nazaré da Luz Almeida (PA); Glória Maria Vieira Ventapane (SE); Henrique de Linica dos Santos Macedo (MA); Jackeline Danielly Freire Florêncio (PE); Joseph Vitório de Lima (RR); João Vitor Freitas Duarte Abreu (SC); Lorraine Carla da Costa Cordeiro Lezzi (ES); Luann Silveira Santos (PI); Luanna Marley de Oliveira e Silva (AM); Luis Gustavo Cardoso (PR); Lúcia Maria Bertini (CE); Maressa Aires Proença (BA); Mariana Leiras (RJ); Martinellis de Oliveira (RO); Onair Zorzal Correia Júnior (TO); Poliana Marques Cândido (AL); Rúbia Evangelista da Silva (AC); Thabada da Silva Almeida (PB)

Sistema Socioeducativo

Adrianna Figueiredo Soares da Silva; Nadja Furtado Bortolotti; Acássio Souza; Bárbara Amelize Costa; Claryssa Christina Figueiredo de Almeida; Elisa Barroso Fernandes Tamantini; Iasmim Baima Reis; Sara de Souza Campos; Tabita Aija Silva Moreira

Equipe Estadual - Sistema Socioeducativo

Adriana Motter (AC); Alana Ribeiro (MT); Alex Vidal (RS); Alisson Messias (RR); Amanda Oliveira de Sousa (RN); Cynthia Aguido (MG); Érica Renata Melo (PE); Gabriela Carneiro (GO); Giselle Elias Miranda (PR); Izabella Riza Alves (SE); João Paulo Diogo (MA); Laura Cristina Damasio de Oliveira (RJ); Lívia Rebouças Costa (TO); Lua Clara Melo Fernandes (RO); Lucilene Roberto (ES); Marcela Guedes Carsten da Silva (SC); Maria Isabel Sousa Ripardo (AP); Maurilo Sobral (AL); Olívia Almeida (PB); Raquel Amarante Nascimento (PA); Talita Maciel (CE); Yan Brandão Silva (AM)

Identificação e Documentação

Alessandro Antônio da Silva Brum; Amanda Sanches Carvalho; Andréa Carvalho Guimarães; Ângela Cristina Rodrigues; Fernanda Rocha Falcão Santos; Flávia Franco Silveira; Geovane Pedro da Silva; Gildo Joaquim Alves de Aguiar Rego; Gustavo Ferraz Sales Carneiro; Ligiane Gabriel; Lunna Luz Costa; Marcelo de Oliveira Saraiva; Martina Hummes Bittencourt; Patrícia Castilho da Silva Cioccari; Roberto Marinho Amado; Samuel dos Santos dos Reis; Tamiz Lima Oliveira; Tarcia Gomes de Brito; Virgínia Bezerra Bettega Popiel; Vivian Murbach Coutinho

PRODUTOS DE CONHECIMENTO E INFORMATIVOS

Publicações editadas nas séries Fazendo Justiça e Justiça Presente

PROPORCIONALIDADE PENAL

Coleção Alternativas Penais

- Manual de Gestão para as Alternativas Penais
- Guia de Formação em Alternativas Penais I – Postulados, Princípios e Diretrizes para a Política de Alternativas Penais no Brasil (tradução para inglês e espanhol)
- Guia de Formação em Alternativas Penais II – Justiça Restaurativa (tradução para inglês e espanhol)
- Guia de Formação em Alternativas Penais III – Medidas Cautelares Diversas da Prisão (tradução para inglês e espanhol)
- Guia de Formação em Alternativas Penais IV – Transação Penal, Penas Restritivas de Direito, Suspensão Condicional do Processo e Suspensão Condicional da Pena Privativa de Liberdade (tradução para inglês e espanhol)
- Guia de Formação em Alternativas Penais V - Medidas Protetivas de Urgência e demais ações de Responsabilização para Homens Autores de Violências Contra as Mulheres (tradução para inglês e espanhol)
- Diagnóstico sobre as Varas Especializadas em Alternativas Penais no Brasil
- Levantamento Nacional Sobre a Atuação dos Serviços de Alternativas Penais no Contexto da Covid-19
- 3º Fórum Nacional de Alternativas Penais (FONAPE) - Encarceramento em Massa e Alternativas à Prisão: 30 anos das Regras de Tóquio das Nações Unidas
- Fortalecendo vias para as alternativas penais – Um levantamento nacional da aplicação do Acordo de Não Persecução Penal no Brasil
- 4° Fórum Nacional de Alternativas Penais (FONAPE) – Alternativas penais e políticas sobre drogas: caminhos para novos paradigmas no Brasil

Coleção Monitoração Eletrônica

- Modelo de Gestão para Monitoração Eletrônica de Pessoas (tradução para inglês e espanhol)
- Monitoração Eletrônica de Pessoas: Informativo para os Órgãos de Segurança Pública (tradução para inglês e espanhol)
- Monitoração Eletrônica de Pessoas: Informativo para a Rede de Políticas de Proteção Social (tradução para inglês e espanhol)
- Monitoração Eletrônica de Pessoas: Informativo para o Sistema de Justiça (tradução para inglês e espanhol)
- Monitoração Eletrônica Criminal: evidências e leituras sobre a política no Brasil
- Sumário Executivo Monitoração Eletrônica Criminal: evidências e leituras sobre a política no Brasil
- Relatório da Conferência Internacional Sobre Monitoração Eletrônica: tecnologia, ética e garantia de direitos,2023, Brasil

Coleção Fortalecimento da Audiência de Custódia

- Manual sobre Tomada de Decisão na Audiência de Custódia: Parâmetros Gerais (sumários executivos em português / inglês / espanhol)
- Manual sobre Tomada de Decisão na Audiência de Custódia: Parâmetros para Crimes e Perfis Específicos
- Manual de Proteção Social na Audiência de Custódia: Parâmetros para o Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada (sumários executivos em português / inglês / espanhol)
- Manual de Prevenção e Combate à Tortura e Maus Tratos na Audiência de Custódia (sumários executivos em português / inglês / espanhol)
- Manual sobre Algemas e outros Instrumentos de Contenção em Audiências Judiciais: Orientações práticas para implementação da Súmula Vinculante n. 11 do STF pela magistratura e Tribunais (Handbook on Handcuffs and Other Instruments of Restraint in Court Hearings) (Sumários executivos – português / inglês / espanhol)
- Caderno de Dados I – Dados Gerais sobre a Prisão em Flagrante durante a Pandemia de Covid-19
- Cadernos de Dados II – Covid-19: Análise do Auto de Prisão em Flagrante e Ações Institucionais Preventivas
- Manual de Arquitetura Judiciária para a Audiência de Custódia
- Cartilha Audiência de Custódia: Informações Importantes para a Pessoa Presa e Familiares
- Relatório Audiência de Custódia: 6 Anos
- Cartilha Audiência de Custódia: Informações Importantes para a Pessoa Presa e Familiares – Versão 2023
- Boletim Audiências de Custódia – número 1 (fevereiro 2024)
- Boletim Audiências de Custódia – número 2 (maio 2024)
- Boletim Audiências de Custódia – número 3 (agosto 2024)
- Guia de Implementação do Serviço APEC

Coleção Central de Regulação de Vagas

- Central de Regulação de Vagas: Manual para a Gestão da Lotação Prisional
- Folder Central de Regulação de Vagas
- Guia metodológico Central de Regulação de Vagas: parâmetros para tomada de decisão judicial na porta de entrada e na porta de saída do sistema prisional

UNODC: Manuais de Justiça Criminal — Traduções para o português

- Manual de Princípios Básicos e Práticas Promissoras sobre Alternativas à Prisão
- Manual sobre Programas de Justiça Restaurativa

SOCIOEDUCATIVO

- CADERNO I – Diretrizes e Bases do Programa – Guia para Programa de Acompanhamento a Adolescentes Pós-cumprimento de Medida Socioeducativa de Restrição e Privação de Liberdade
- CADERNO II – Governança e Arquitetura Institucional – Guia para Programa de acompanhamento a adolescentes pós-cumprimento de medida socioeducativa de restrição e privação de liberdade

- CADERNO III – Orientações e Abordagens Metodológicas – Guia para Programa de acompanhamento a adolescentes pós-cumprimento de medida socioeducativa de restrição e privação de liberdade
- Reentradas e Reiterações Infracionais: Um Olhar sobre os Sistemas Socioeducativo e Prisional Brasileiros
- Manual sobre Audiências Concentradas para Reavaliação das Medidas Socioeducativas de Semiliberdade e Internação
- Manual Resolução CNJ 367/2021 – A Central de Vagas do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo
- Manual para Incidência da Temática do Tráfico de Drogas como uma das Piores Formas de Trabalho Infantil (tradução para inglês e espanhol)
- Manual Recomendação nº 87/2021 – Atendimento inicial e integrado a adolescente a quem se atribua a prática de ato infracional
- Manual Resolução CNJ 77/2009 – Inspeções Judiciais em unidades de atendimento socioeducativo
- Manual de Orientação Técnica para Preenchimento do Cadastro Nacional de Inspeção em Unidades e Programas Socioeducativos – Meio Fechado
- Guia para preenchimento do Cadastro Nacional de Inspeções em Unidades e Programas Socioeducativos (Cniups) – Meio fechado
- Guia sobre orçamento público e captação de recursos na política estadual de atendimento socioeducativo
- Sumário Executivo – Guia sobre orçamento público e captação de recursos na política estadual de atendimento socioeducativo
- Censo Nacional de Práticas de Leitura no Sistema Socioeducativo
- Centrais de Vagas do Socioeducativo – Relatório Anual
- Manual Resolução CNJ 77/2009 – Inspeções Judiciais em Serviços e Programas de Atendimento Socioeducativo (Meio aberto)
- Manual de Orientação Técnica para Preenchimento do Cadastro Nacional de Inspeções em Programas/Serviços Socioeducativos (Meio aberto)
- Guia para Preenchimento do Cadastro Nacional de Inspeção em Unidades e Programas Socioeducativas (Cniups) - (Meio Aberto)
- Diagnóstico da Emissão de Documentos Básicos no Sistema Socioeducativo: Atendimento Inicial e meio fechado
- Relatório Final da 1ª Conferência Livre de Cultura no Sistema Socioeducativo
- Diretriz Nacional de Fomento à Cultura na Socioeducação
- Guia para a qualificação da atuação do Poder Judiciário no Plano Individual de Atendimento Socioeducativo
- Recomendação CNJ nº 98/2021 – Relatório de monitoramento das Audiências Concentradas
- Guia para implementação da resolução CNJ n° 369/2021 no âmbito do sistema socioeducativo
- Manual Resolução CNJ nº 524/2023: Tratamento a Indígenas Adolescentes e Jovens no Sistema Socioeducativo
- Iberê e seus amigos: o que acontece quando indígenas adolescentes são apreendidos?
- Centrais de vagas do socioeducativo – Relatório Anual 2024
- Infográfico: Audiências Concentradas

CIDADANIA

Coleção Política para Pessoas Egressas

- Política Nacional de Atenção às Pessoas Egressas do Sistema Prisional
- Caderno de Gestão dos Escritórios Sociais I: Guia para Aplicação da Metodologia de Mobilização de Pessoas Pré-Egressas
- Caderno de Gestão dos Escritórios Sociais II: Metodologia para Singularização do Atendimento a Pessoas em Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional
- Caderno de Gestão dos Escritórios Sociais III: Manual de Gestão e Funcionamento dos Escritórios Sociais
- Começar de Novo e Escritório Social: Estratégia de Convergência
- Guia para monitoramento dos Escritórios Sociais
- Manual de organização dos processos formativos para a política nacional de atenção às pessoas egressas do sistema prisional
- Caderno de Gestão dos Escritórios Sociais IV: Metodologia de Enfrentamento ao Estigma e Plano de Trabalho para sua Implantação
- Guia Prático de Implementação da Rede de Atenção à Pessoa Egressa do Sistema Prisional – Raesp
- Relatório de Monitoramento dos Escritórios Sociais – Ano 2022

Coleção Política Prisional

- Modelo de Gestão da Política Prisional – Caderno I: Fundamentos Conceituais e Principiológicos
- Modelo de Gestão da Política Prisional – Caderno II: Arquitetura Organizacional e Funcionalidades
- Modelo de Gestão da Política Prisional – Caderno III: Competências e Práticas Específicas de Administração Penitenciária
- Diagnóstico de Arranjos Institucionais e Proposta de Protocolos para Execução de Políticas Públicas em Prisões
- Os Conselhos da Comunidade no Brasil
- Manual de Fortalecimento dos Conselhos da Comunidade
- Manual Resolução CNJ nº 593/2024 — Inspeções Judiciais nos Estabelecimentos de Privação de Liberdade (Volume I) — Fundamentos, metodologia de fiscalização e calendarização das inspeções
- Manual Resolução CNJ nº 593/2024 — Inspeções Judiciais nos Estabelecimentos de Privação de Liberdade (Volume II) — Caderno de Inspeções Mensais 1: Aspectos gerais, estrutura, ocupação, população prisional e servidores/as penais
- Manual Resolução CNJ nº 593/2024 — Inspeções Judiciais nos Estabelecimentos de Privação de Liberdade (Volume II) — Caderno de Inspeções Mensais 2: Habitabilidade e necessidades básicas (salubridade, vestuário, alimentação e água)
- Manual Resolução CNJ nº 593/2024 — Inspeções Judiciais nos Estabelecimentos de Privação de Liberdade (Volume II) — Caderno de Inspeções Mensais 3: Serviços, assistências e contato com o mundo exterior
- Manual Resolução CNJ nº 593/2024 — Inspeções Judiciais nos Estabelecimentos de Privação de Liberdade (Volume II) — Caderno de Inspeções Mensais 4: Segurança e prevenção da violência
- Manual Resolução CNJ nº 593/2024 — Inspeções Judiciais nos Estabelecimentos de Privação de Liberdade (Volume II) — Caderno de Inspeções Mensais 5: Acesso à saúde integral

- Manual Resolução CNJ nº 593/2024 — Inspeções Judiciais nos Estabelecimentos de Privação de Liberdade (Volume III) — Subsídios e procedimentos para atuação responsiva: ocorrências relevantes para além das inspeções mensais

Coleção Políticas de Promoção da Cidadania

- Cartilha de direitos das pessoas privadas de liberdade e egressas do sistema prisional
- Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário – Resolução CNJ n. 487 de 2023
- Censo Nacional de Práticas de Leitura no Sistema Prisional
- Plano Nacional de Fomento à Leitura em Ambientes de Privação de Liberdade

SISTEMAS E IDENTIFICAÇÃO CIVIL

- Manual de instalação e configuração do software para coleta de biometrias – versão 12.0
- Manual de Identificação Civil e Coleta Biométrica
- Manual de Identificação Civil e Coleta Biométrica nas Unidades Prisionais
- Folder Documento Já!
- Guia On-line com Documentação Técnica e de Manuseio do SEEU
- Manual do Módulo Documentação Civil no SEEU – Perfil Depen
- Infográfico: Certidão de Nascimento para Pessoas em Privação de Liberdade
- Infográfico: CPF para Pessoas em Privação de Liberdade
- Infográfico: Contratação de Pessoas Egressas do Sistema Prisional
- Infográfico: Alistamento Eleitoral para as Pessoas Privadas de Liberdade
- Cartilha Segurança da Informação
- Manual do Módulo de Documentação Civil no SEEU – Perfil DMF
- Manual do Módulo de Documentação Civil no SEEU – Perfil GMF

GESTÃO E TEMAS TRANSVERSAIS

- Manual Resolução nº 287/2019 – Procedimentos Relativos a Pessoas Indígenas Acusadas, Rés, Condenadas ou Privadas de Liberdade
- Relatório Mutirão Carcerário Eletrônico – 1ª Edição Espírito Santo
- Relatório de Monitoramento da Covid-19 e da Recomendação 62/CNJ nos Sistemas Penitenciário e de Medidas Socioeducativas I
- Relatório de Monitoramento da Covid-19 e da Recomendação 62/CNJ nos Sistemas Penitenciário e de Medidas Socioeducativas II
- Manual Resolução nº 348/2020 – Procedimentos relativos a pessoas LGBTI acusadas, rés, condenadas ou privadas de liberdade (tradução para inglês e espanhol)
- Relatório Calculando Custos Prisionais – Panorama Nacional e Avanços Necessários
- Manual Resolução nº 369/2021 – Substituição da privação de liberdade de gestantes, mães, pais e responsáveis por crianças e pessoas com deficiência
- Projeto Rede Justiça Restaurativa – Possibilidades e práticas nos sistemas criminal e socioeducativo
- Pessoas migrantes nos sistemas penal e socioeducativo: orientações para a implementação da Resolução CNJ nº 405/2021

- Comitês de Políticas Penais – Guia prático para implantação
- Diálogos Polícias e Judiciário – Diligências investigativas que demandam autorização judicial
- Diálogos Polícias e Judiciário – Incidências do Poder Judiciário na responsabilização de autores de crimes de homicídio: possibilidades de aprimoramento
- Diálogos Polícias e Judiciário – Participação de profissionais de segurança pública em audiências judiciais na condição de testemunhas
- Diálogos Polícias e Judiciário – Perícia Criminal para Magistrados
- Diálogos Polícias e Judiciário – Folder Alternativas Penais: medidas cautelares diversas da prisão
- Diálogos Polícias e Judiciário – Folder Alternativas Penais: penas restritivas de direitos, suspensão condicional do processo e suspensão condicional da pena
- Diálogos Polícias e Judiciário – Folder A Lei Maria da Penha e as medidas protetivas de urgência
- Diálogos Polícias e Judiciário – Folder Monitoração Eletrônica
- Pessoas LGBTI no Sistema Penal – Cartilha para implementação da Resolução CNJ 348/2020 (tradução para inglês e espanhol)
- Pessoas LGBTI no Sistema Socioeducativo – Cartilha para implementação da Resolução CNJ 348/2020 (tradução para inglês e espanhol)
- Informe – O sistema prisional brasileiro fora da Constituição 5 anos depois: Balanço e projeções a partir do julgamento da ADPF 347
- Informe – Transformando o Estado de Coisas Inconstitucional nas Prisões Brasileiras: Caminhos e avanços a partir do julgamento cautelar da ADPF 347
- Fazendo Justiça – Conheça histórias com impactos reais promovidos pelo programa no contexto da privação de liberdade (tradução para inglês e espanhol)
- Caderno de orientações técnicas para o mutirão processual penal 2023
- Manual Legislação de Proteção de Dados Pessoais – Plataforma Socioeducativa
- Equipes interdisciplinares do Poder Judiciário: Levantamento Nacional e Estratégias de Incidência
- Guia para a Estruturação da Política Judiciária de Atenção e Apoio às Vítimas
- Cartilha para Vítimas de Crimes e Atos Infracionais
- Caderno de Jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos – direitos das pessoas privadas de liberdade
- Caderno Temático de Relações Raciais – diretrizes gerais para atuação dos serviços penais
- Manual de Fortalecimento dos Grupos de Monitoramento e Fiscalização dos Sistemas Carcerário e Socioeducativo (GMFs)
- Caderno de orientações técnicas para o mutirão processual penal 2024
- Relatório Final Mutirão Processual Penal 2024
- Caderno de orientações técnicas para o I Mutirão Processual Penal – Pena Justa 1º semestre/2025

Série Tratados Internacionaias de Direitos Humanos

- Protocolo de Istambul – Manual sobre investigação e documentação eficazes de tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes
- Protocolo de Minnesota sobre a investigação de mortes potencialmente ilegais (2016)
- Comentário geral nº 24 (2019) sobre os direitos da criança e do adolecente no sistema de Justiça Juvenil
- Diretrizes de Viena - Resolução Nº 1997/30 do Conselho Econômico e Social da ONU

- Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança Relativo à Instituição de Um Procedimento de Comunicação - Resolução aprovada pela Assembleia Geral da ONU em 19 de dezembro de 2011
- Estratégias Modelo e Medidas Práticas das Nações Unidas sobre a Eliminação da Violência contra Crianças e Adolescentes no Campo da Prevenção à Prática de Crimes e da Justiça Criminal - Resolução adotada pela Assembleia Geral da ONU em 18 de dezembro de 2014
- Regras de Beijing
- Diretrizes de Riad
- Regras de Havana

Acesse o código QR
e conheça outras
publicações do Programa
Fazendo Justiça

FAZENDO
JUSTIÇA

TJPR
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
DO ESTADO DO PARANÁ

SENAPPEN
Secretaria Nacional de Políticas Penais

PNUD

CNJ CONSELHO
NACIONAL
DE JUSTIÇA