

Do mito da periculosidade
à presunção de sociabilidade:
possibilidades e desafios
para a desinstitucionalização
de pessoas com transtornos
mentais em conflito
com a lei no DF



Organização:

Projeto Interdisciplinar em Saúde Mental (PRISME) |
Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Apoio:

Grupo de Trabalho pela Implantação de Serviço de Avaliação
e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa
com Transtorno Mental em Conflito com a Lei no Distrito Federal (GT EAPS) |
Comissão de Direitos Humanos, Saúde Mental e Políticas Sociais (CDHSMPS) |
Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal (CRP 01/DF)

Revisão Final:

Thessa Guimarães

Projeto gráfico e diagramação:

Dazi Antunes | Assessoria de Comunicação Social (Ascom) |
Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal (CRP 01/DF)

Coordenação PRISME:

Tania Inessa Martins de Resende

Professores do PRISME responsáveis pela elaboração da cartilha:

Luciana Barbosa Musse

Tania Inessa Martins de Resende

Autoras/es:

Ana Tereza Certain Simas de Paula

Isabela Pires Villas Boas de Carvalho

Luciana Barbosa Musse

Ludmila Gama Ribeiro Faria

Tania Inessa Martins de Resende

Pesquisa Bibliográfica - estudantes do PRISME:

Bárbara Barbosa Lima

Caroline Araújo Roballo

Cristiane Benjamim Santos

Gustavo Severo Dantas

Manuele Porto Cruz

Millena Freitas Meire

Tais Oliveira Ferreira Soares

Vitória Cabral

Revisão:

Jacqueline Reis Demes - Membro do GT EAPS da Comissão de Direitos Humanos, Saúde Mental e Políticas Sociais do CRP 01/DF

Luciana Barbosa Musse - Professora do PRISME/CEUB e Coordenadora do GT EAPS da Comissão de Direitos Humanos, Saúde Mental e Políticas Sociais do CRP 01/DF

Pollyanna B. L. Alves - Pesquisadora Labgepen e Membro do GT EAPS da Comissão de Direitos Humanos, Saúde Mental e Políticas Sociais do CRP 01/DF

Tania Inessa Martins de Resende - Professora do PRISME/CEUB e Coordenadora do GT EAPS da Comissão de Direitos Humanos, Saúde Mental e Políticas Sociais do CRP 01/DF

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Do mito da periculosidade à presunção de sociabilidade [livro eletrônico] : possibilidades e desafios para a desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei no DF / organização Projeto Interdisciplinar em Saúde Mental (PRISME), Centro Universitário de Brasília (CEUB). -- Brasília, DF : Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal - CRP 01/DF, 2023. PDF.

Bibliografia.

ISBN 978-65-999769-0-2

1. Direitos humanos 2. Política social - Brasil
3. Saúde mental - Brasil I. Projeto Interdisciplinar em Saúde Mental (PRISME). II. Centro Universitário de Brasília (CEUB).

23-143932

CDD-158

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde mental : Psicologia 158

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

SUMÁRIO

1 Introdução	7
2 Quem é a pessoa em sofrimento psíquico?	9
3 (Des)encontros entre saúde mental e direito penal	10
3.1 Ato delituoso: um sintoma de falta de cuidado em saúde mental?	13
3.2 Periculosidade: uma construção jurídica legitimada pelo saber médico	14
3.3 Perícia: um ato exclusivamente médico?	17
4 Manicômio Judiciário: o injusto destino da pessoa com sofrimento psíquico	17
4.1 Medida de Segurança Ambulatorial	20
4.2 Medida de Segurança de Internação	20
5 Presunção de sociabilidade: a pessoa com transtorno mental também é um ser social	21
6 Estratégias de Desinstitucionalização	24
6.1 RAPS: dispositivos de cuidado e inclusão	24
6.2 EAPs: esforço de inserção e para superar a segregação	25
6.3 Audiências de custódia: um esforço para fechar a porta de entrada nos hospitais de custódia	26
7 Considerações finais	27
Referências	31

Do mito da periculosidade à presunção de sociabilidade: possibilidades e desafios para a desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei no DF

1 Introdução

O PRISME - Projeto Interdisciplinar em Saúde Mental -, ao produzir esta cartilha, tem como objetivo ampliar e qualificar a discussão sobre o cuidado integral à saúde das pessoas em sofrimento

psíquico em conflito com a lei no contexto do Distrito Federal. Um primeiro passo fundamental nessa direção, ao assumir que o único cuidado à saúde

legítimo é aquele que respeita os direitos humanos e fundamentais e a dignidade de toda e qualquer pessoa, é problematizar e desconstruir a noção de periculosidade. A Cartilha foi elaborada coletivamente, por discentes e docentes dos cursos de Psicologia, Direito e Enfermagem do CEUB e que integram o PRISME, com

a colaboração do GT EAPS e o apoio da Comissão de Direitos Humanos, Saúde Mental e Políticas Sociais (CDHSMPS) do CRP 01/DF. O Grupo de Trabalho da Comissão de Direitos Humanos, Saúde Mental e Políticas Sociais do Conselho Regional de Psi-



ciologia (CRP 01/DF) tem por objetivo discutir alternativas antimanicomiais à Medida de Segurança no Distrito Federal, articulando o debate entre os diversos atores presentes nos diferentes âmbitos de interseção e de atuação da temática.

Considerando a realidade do Dis-

trito Federal, percebemos como a proposta da Medida de Segurança de constituir um tratamento voltado para a saúde não é concretizada, haja vista que, no DF, a modalidade da internação é cumprida na “Ala de Tratamento Psiquiátrico” (ATP), que está localizada em um presídio, a Penitenciária Feminina do Distrito Federal (PFDF). Oliveira (2017) explicita a gravidade da situação do Distrito Federal, pois é uma das poucas unidades da federação brasileira a realizar essa modalidade em uma ATP, denunciando a falta de investimento público no campo da saúde mental nesse território. Contudo, é de se problematizar também a lógica de funcionamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP, e as violações de direitos humanos e da Lei de Saúde Mental nº 10.216/2001 que ocorrem nesses espaços, aspectos que também serão discutidos



nesta cartilha (OLIVEIRA, 2017).

Ainda sobre o contexto do DF, reforçamos a problemática da falta de investimento no campo da saúde mental, pois impede o acesso da população ao tratamento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme idealizado pela Lei de Saúde Mental nº 10.216/2001 (OLIVEIRA, 2017). Quanto ao atendimento na ATP, observamos a predominância de pessoas internadas do sexo masculino, e Oliveira (2017) indica em sua pesquisa que a maioria estava cumprindo Medida de Segurança em razão de delito contra o patrimônio. No tocante à organização do espaço, as pessoas em sofrimento psíquico e trabalhadores do sexo masculino ficam em uma ala separada das do sexo feminino. No caso das mulheres, as que estão cumprindo a “Medida de Segurança” ou a pena “comum” ficam nas mesmas celas (OLIVEIRA, 2017). Nesse sentido, as pessoas que estão submetidas à ATP não recebem

o tratamento de saúde adequado, tampouco o acesso a outros direitos que são preconizados pela legislação como acesso a educação e trabalho.

2 Quem é a pessoa em sofrimento psíquico?

O que atualmente é entendido como uma “pessoa em sofrimento psíquico”, ou associada à “loucura”, foi compreendido de diferentes maneiras a depender do contexto histórico. Contudo, a vinculação da “loucura” com o significado de “doença” é característica da Idade Moderna, sendo apenas nessa época vista como algo que deveria receber um tratamento específico, a partir dos campos científico e jurídico (BARROS-BRISSET, 2013).

Vale mencionar que a pessoa em sofrimento mental somente passou a ter seus direitos reconhecidos a partir dos anos 70, em consequência de mobilização coletiva de profissionais da saúde, familiares e das próprias pessoas, em diferentes partes do mundo (CERQUEIRA CORREIA; ALMEIDA, 2018). No caso brasileiro, conhecido como Reforma Psiquiátrica, influenciado por esse cenário internacional, a luta em prol de di-

reitos da população em sofrimento psíquico foi aqui protagonizada pelo Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), objetivando uma alternativa de tratamento psiquiátrico à lógica manicomial, à segregação e às violações dos direitos humanos (CERQUEIRA CORREIA; ALMEIDA, 2018).

Naquele período, a legitimação da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico no Brasil é observada no



Vale mencionar que a pessoa em sofrimento mental somente passou a ter seus direitos reconhecidos a partir dos anos 70, em consequência de mobilização coletiva de profissionais da saúde, familiares e das próprias pessoas, em diferentes partes do mundo (CERQUEIRA CORREIA; ALMEIDA, 2018).

campo formal e moral. Algumas delas são o comprometimento do Estado com normativas internacionais, a formalização do Sistema Único de Saúde, a saúde instituída como direito na Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 10.216/2001 (CERQUEIRA CORREIA; ALMEIDA, 2018). A Lei nº 10.216/2001 estabelece em seus incisos uma nova lógica de tratamento na qual a internação não possui mais centralidade, transformando em prioridade, assim, o cuidado que assegura os direitos humanos e fundamentais, com a pessoa livre e inserida na comunidade, realizando tratamento pela Rede de Atenção Psicossocial (CERQUEIRA CORREIA; ALMEIDA, 2018).

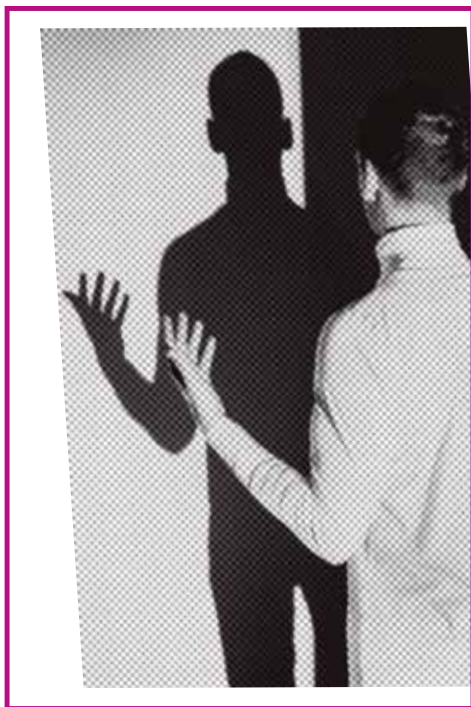
Quando olhamos para a interface

entre Direito Penal e Saúde Mental, verificamos que essa transformação é positiva, todavia, ainda tem dificuldade de alcançar as pessoas com sofrimento psíquico que, em razão de crise mental, tenham praticado algum delito. São vulgarmente denominados “loucos infratores”.

3 (Des)encontros entre saúde mental e direito penal

No Relatório Especial, seção III, artigo 27, a ONU (2020) afirma que, historicamente, ocorrem punições aos grupos da população que não correspondem aos ideais de saúde difundidos socialmente. Por serem reduzidas aos rótulos de: “a) pessoas más/criminosas; b) doentes, loucos ou pacientes; ou c) uma combinação de ambas” (ONU, 2020, p. 9, tradu-

ção livre), são excluídas em espaços que se baseiam em práticas violentas. Associado a esse processo, essas pessoas também são submetidas a um paradigma de tratamento focado em impedir a ocorrência de supostas atitudes “diferentes”. O documento destaca que uma perspectiva em prol dos direitos humanos deve necessariamente superar esta rotulação que, além de não possuir fundamentação, reproduz práticas violadoras de direitos e estigmatizantes de grupos populacionais.



Como também é resgatado por Soares e Diniz (2016), no século XVIII, a partir de Pinel e Esquirol, foi desenvolvido o tratamento em manicômios aos indivíduos vistos como um perigo para si próprios e para a ordem social, grupo que antes era destinado

aos asilos de custódia. A experiência com esse novo tratamento, visando a restituição da racionalidade das pessoas, subsidiou a decisão pela segregação desse grupo populacional a

partir de premissas morais.

Ainda sobre a segregação realizada socialmente, os indivíduos são inseridos nesses espaços que irão constituir a coletividade vigiada. São instituições de fixação, com o intuito de correção e normalização dos indivíduos,

mesmo que suas existências gerem efeitos de exclusão. Essas características de controle têm influência das tecnologias de poder ligadas à Psicologia e à Psiquiatria em suas constituições como ciência (FOUCAULT, 1973; 2013).

Segundo Rauter (2003), esse dispositivo de poder disciplinar ocorreu no Brasil de uma forma diferente dos outros países europeus nos quais essas práticas surgiram.

Naqueles, havia uma disciplinarização da justiça e de toda a sociedade. Já no Brasil, a articulação com outras esferas disciplinares é também marcada por bastante violência e repressão, acentuando a diferença de como estas normas são aplicadas nas diferentes classes sociais.

Outro aspecto a ser ressaltado sobre os "(des)encontros" entre direito penal e saúde mental é o caso do "tratamento" de pessoas em sofrimento psíquico realizado nos manicômios judiciais. De acordo com Cerqueira Correia e Almeida (2018), a exclusão das pessoas nesses espaços é resultado de uma decisão judicial, baseada no critério

da "periculosidade", embora seja também uma questão da saúde mental. Esse atravessamento entre o campo judiciário e da saúde mental se dá nas consequências atribuídas ao delito, em que é aplicada uma "Medida de Segurança", por se tratar de uma pessoa em sofrimento psíquico, o que visa evitar a repetição do delito, diferentemente da "pena", que pune uma ação delituosa determinada.



Ademais, ainda que esteja previsto nas legislações que regulam sanções penais, o tratamento recebido por essas pessoas não vem concretizando o acesso à saúde e o preconizado na Lei 10.216/2001, pois elas têm ficado internadas nessas unidades controladas pelo sistema penitenciário, sem previsibilidade de término da internação, além de essas unidades não estarem articuladas aos outros serviços do SUS e nem promoverem ações voltadas para o convívio social (CERQUEIRA CORREIA; ALMEIDA, 2018).

3.1 Ato delituoso: um sintoma de falta de cuidado em saúde mental?

A partir das contribuições da ONU (2020), Soares e Diniz (2016) e Foucault (1973; 2013), compreendemos na seção anterior o processo histórico que culminou na estigmatização e institucionalização de determinados grupos populacionais compreendidos como prejudiciais à organização da sociedade. Entre as consequências dessa estigmatização está a associação do sofrimento psíquico/transtorno mental com perigo, transgressão, criminalidade e periculosidade.

A perspectiva sobre um “crime” difere a depender da cultura e do período histórico, assim como as formas da sociedade lidar com ele (SANTOS; FARIAS; PINTO, 2015). No caso da pessoa em sofrimento psíquico que praticou um delito, é importante considerar que não há uma teoria científica que identifique a relação direta entre possuir um “transtorno mental” e atitudes delituosas (SANTOS; FARIAS; PINTO, 2015). Além disso, a resposta construída socialmente da “reclusão” surgiu do impasse entre os campos da Psiquia-

tria, por possuírem diferentes perspectivas sobre o que seja responsabilidade e a forma de responsabilizar essa pessoa (SANTOS; FARIAS; PINTO, 2015).

O argumento da periculosidade, da violência “inata” da pessoa em sofrimento psíquico, é reiteradamente utilizado como justificativa para a reclusão, sendo que de fato é a própria lógica do manicômio que se fundamenta na violência, no silenciamento das pessoas, provocando transformações na própria personalidade e comportamento da pessoa institucionalizada (SANTOS; FARIAS; PINTO, 2015). Dessa forma, o estigma da “agressividade” reforçado historicamente não se explica pelas atitudes das “pessoas em sofrimento”, visto que a agressividade é uma resposta à institucionalização que lhes foi imposta, sendo assim “difícil discernir o que lhe é próprio, o que é próprio do sofrimento, do que lhe é impresso pela condição de institucionalizado” (AMARANTE, 1996, p. 81, citado em SOARES; DINIZ, 2016).

Posto isso, podemos entender

que a violência estaria relacionada à ausência de um tratamento qualificado para a pessoa em sofrimento psíquico e não associada a uma característica sua, como disseminado socialmente. Essa violência se apresentaria em dois momentos distintos. No primeiro deles, pela violação do direito à saúde. Pesquisas indicam que a prática de crimes por pessoas com sofrimento psíquico são precedidas de falta de atendimento, acesso a serviço de saúde/atenção psicossocial e/ou medicamento, o que pode desencadear ou intensificar a crise mental. Uma segunda etapa dessa violência dá-se quando a pessoa ingressa em uma unidade do sistema prisional - Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) ou Hospital Psiquiátrico de Custódia e Tratamento (HCTP) - e ali fica encarcerada para cumprir Medida de Segurança de internação. Esses dispositivos disciplinares carecem de recursos e



profissionais da saúde, além de atuarem dentro de uma lógica punitiva e não terapêutica.

3.2 Periculosidade: uma construção jurídica legitimada pelo saber médico

A noção de “periculosidade”, construída pelo positivismo criminológico, foi adotada no direito no Brasil com o Código Penal de 1940, e é a partir dessa noção controversa e excludente que o saber médico da Psiquiatria ganha força no campo judiciário, subsidiando a avaliação e a rotulagem da pessoa com sofrimento psíquico que cometeu um delito. Isto é, a periculosidade consiste em um parâmetro utilizado judicialmente para a aplicação de uma “Medida de Segurança” às pessoas identificadas como inimputáveis ou semi-imputáveis (SANTOS; FARIAS; PINTO, 2015).

Cabe, contudo, ressaltar que, consoante Caetano (2018), confusão e

discrepância de critérios marcam a extrema dificuldade dos juristas para conceituar a periculosidade. Produzida pelo saber de uma outra época, na qual as pesquisas em saúde mental ainda engatinhavam, a periculosidade do indivíduo com transtorno mental ainda se sustenta como um pressuposto conceitual. O pretensão tratamento incidiria sobre uma característica atribuída ao indivíduo por indicadores muito imprecisos, porque mal definidos pela Psiquiatria do século XIX (CAETANO, 2018, p.59).

Atualmente, como discutido por Quinaglia Silva e Calegari (2018), as instituições onde se cumpre a modalidade de internação ainda são marcadas pelo apagamento das identidades das pessoas que nelas se encontram e ali são construídas barreiras físicas e simbólicas. O aspecto central que sustenta a reclusão e a segregação dessas pessoas do meio social é a noção de periculosidade, de modo que a custódia revela “com grades e intervenções psiquiátricas a dupla exclusão que sofrem as pes-

soas com transtorno mental autoras de delito” (CORREIA, LIMA & ALVES, 2007, p. 1997). Estas se caracterizam como não responsáveis por seus atos, mas como socialmente perigosas (COHEN et al, 2006).

Diante disso, faz-se necessário



questionar a efetividade dessa modalidade jurídica como uma forma de tratamento da loucura, inclusive nos pautando nas orientações da OMS, da Lei Nacional nº 10.216/2001 e nas experiências exitosas que denunciam as contradições dos hospitais de custódia com os princípios da reforma psiquiátrica no contexto brasileiro.

A discussão acerca da loucura traz a perspectiva que muitos brasileiros ainda têm sobre a inferioridade moral do “louco criminoso” e da necessidade da cura para restabelecer um estado “normal” de consciência. Outro aspecto relevante, como argumentado por Jacobina (2004), é que, a partir da medida de segurança, se estabelece uma modalidade de tratamento, mas nos contextos dos hospitais de custódia são regidos por princípios da execução penal, não do Sistema Único de Saúde (SUS).

Estabelece-se uma discussão quanto a falta de responsabilidade penal do condenado em medida de segurança. Alega-se, no Direito, a falta do seu livre-arbítrio, como se estivesse envolvido por uma vontade maior em si mesmo que o impedisse de escolher livremente. A pena, deste modo, é aplicada somente àqueles que optaram por descumprir a lei



como forma consciente de sua liberdade de escolha (JACOBINA, 2004). A partir da absolvição imprópria do réu, é feita uma perícia pelo psiquiatra e, às vezes, um acompanhamento da/o psicóloga/o para avaliar o estado psíquico da pessoa. Com isso, busca-se entender alguns aspectos centrais de sua vida e a periculosidade que seu sofrimento psíquico pode apresentar.

Acontece que, como discutido por Peres e Nery Filho (2002), a periculosidade torna-se um fator central para a aplicação da lei, ao invés da culpabilidade, de modo que se implementa entre um e três anos como tempo mínimo da medida de segurança e se faz necessária a avaliação psiquiátrica sobre o perigo que a pessoa sentenciada apresenta para a sociedade e sua probabilidade de voltar a delinquir.

Segundo Diniz (2013), historicamente, as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei que são encarceradas em hospitais de custódia encontram-se em grave situação

de vulnerabilidade social, econômica e com laços familiares rompidos ou seriamente fragilizados, o que enseja a manutenção de internações ao longo de anos. Mesmo nas situações em que judicialmente a Medida de Segurança já está ou poderia estar encerrada, a manutenção das pessoas encarceradas leva diversos autores a destacarem sua perpetuidade.

3.3 Perícia: um ato exclusivamente médico?

A construção desse olhar já se fazia presente desde o século XIX, em que os indivíduos passam a ser julgados por suas virtualidades e comportamentos, não mais por suas infrações e atos (FOUCAULT, 1973; 2013). No entendimento de que já que não poderiam ser considerados moralmente responsáveis pelos seus atos, passariam a ser responsabilizados pelo perigo que representam à sociedade. Nessa época, começaram a ser propostas sanções penais diferenciadas para os “delinquentes natos”, sendo as penas tradicionais aplicadas para os que eram considerados “criminosos ocasionais” (KOLKER, 2011).

Ao transferir o julgamento para a personalidade da pessoa e para a

tentativa de prever seus comportamentos, a justiça passa a ter como objetivo a prevenção de crimes futuros, e a ordem jurídica mistura-se com a médica, a partir da atuação do perito (CORREIA, LIMA & ALVES, 2007). Além dele, existem diversos atores no judiciário que irão auxiliar os magistrados nas suas decisões, por meio de pareceres psiquiátricos e psicológicos, exames do IML, análises do tempo de reclusão, entre outros (QUINAGLIA SILVA; CALGARI, 2018).

4 Manicômio Judiciário: o injusto destino da pessoa com sofrimento psíquico

O manicômio judiciário surgiu no Brasil em 1921 e, posteriormente, na década de 80, teve seu nome substituído por Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) (CERQUEIRA CORREIA; ALMEIDA, 2018). A pessoa em sofrimento psíquico que perpetrou um delito é julgada pelo critério da “periculosidade” e, consequentemente, submetida à Medida de Segurança, podendo ser internada nesse “hospital” ou receber tratamento ambulatorial (CERQUEIRA

CORREIA; ALMEIDA, 2018).

O reducionismo presente na atribuição da periculosidade a alguém faz com que essa pessoa não tenha acesso integral à saúde e aos seus direitos (CORREIA, 2007). Ao analisar a Lei de Saúde Mental nº 10.216/2001, superveniente ao Código Penal, destacamos o parágrafo único do Art. 2º, que diz sobre os atendimentos em saúde mental:

“São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar a sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

(...)

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”.

As Conferências Nacionais de Saúde Mental, desde sua primeira edição, em 1987, vêm discutindo a construção e a estruturação da Política Nacional de Saúde Mental, tendo em sua base os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, com o atendimento em liberdade na comunidade. Nesse sentido, temáticas como a desospitalização, a mudança na forma de pensar a existência-sofrimento dos usuários em saúde men-

Confusão e discrepância de critérios marcam a extrema dificuldade dos juristas para conceituar a periculosidade.

Produzida pelo saber de uma outra época, na qual as pesquisas em saúde mental ainda engatinhavam, a periculosidade do indivíduo com transtorno mental ainda se sustenta como um pressuposto conceitual. O pretensão tratamento incidiria sobre uma característica atribuída ao indivíduo por indicadores muito imprecisos, porque mal definidos pela psiquiatria do século XIX (CAETANO, 2018, p.59).

tal, o enfoque na autonomia e na singularidade, a construção de políticas públicas e planejamento de auxílios para a reinserção social de pessoas institucionalizadas entre outros tópicos, são centrais nos debates e fundamentam a interseção com o tópico do Direito Penal e da Medida de Segurança.

Ocorre que os progressos obtidos legalmente às pessoas em sofrimento psíquico com a Reforma Psiquiátrica não têm se concretizado quando

convívio em comunidade. O que se configura como uma injustiça, pois os HCTP são controlados pelo sistema judiciário, sem atividades orientadas para a promoção de saúde e inserção social, além de não haver um prazo delimitado para a internação e serem relatadas violações de direitos (VIANA; SOUZA, 2013).

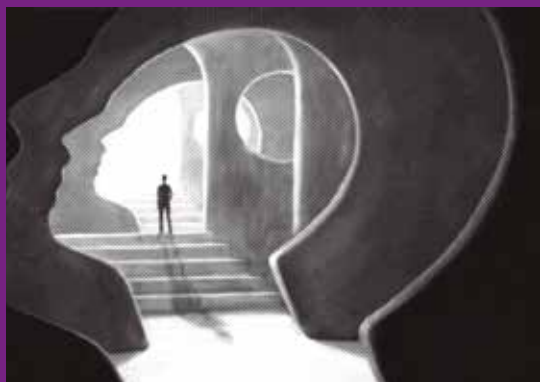
Ademais, vale ressaltar a inconstitucionalidade da Medida de Segu-



estas são julgadas pela “periculosidade” (VIANA; SOUZA, 2013). Assim, o que deveria ser um tratamento articulado com o Sistema Único de Saúde, na comunidade, visando promover a inserção social, conforme preconizado na Lei de Saúde Mental nº 10.216/2001, na realidade, se transforma na segregação dessas pessoas nos manicômios judiciários, longe do

rança. Conforme Caetano e Tedesco (2021), a “periculosidade” como fundamento para a penalização com a “Medida de Segurança”, estabelecida nos Códigos Penais de 1940 e 1984, não encontra respaldo nas mudanças previstas na Constituição Federal de 1988. Haja vista que na Constituição é assinalado que: “nenhuma pena

passará da pessoa do condenado” (BRASIL, 1988, apud. CAETANO; TEDESCO, 2021, p. 194), o que reconhece a “culpabilidade” como um princípio orientador para a execução da penalização e implica no entendimento da Medida de



Segurança como um desrespeito a este princípio, por se basear na “periculosidade”.

4.1 Medida de Segurança Ambulatorial

Outro documento importante é a Recomendação nº 35/2011 do CNJ, que faz diversas considerações aos tribunais quanto à Medida de Segurança, no sentido de se estabelece-

rem práticas antimanicomiais. Nesse documento são reiteradas as questões sobre a preferência aos tratamentos ambulatoriais, a importância de se respeitar as singularidades de cada paciente, bem como a necessidade de manutenção do contato com a família. No entanto, como explicitado por Correia (2007), os Hospitais de Custódia – ou Ala de Tratamento Psiquiátrico, como é o caso no Distrito Federal – ainda possuem características asilares que dificultam essa individualização da Medida de Segurança.

4.2 Medida de Segurança de Internação

Além disso, o Art. 4º, da Lei de Saúde Mental nº 10.216/2001, se faz relevante para a discussão ao dispor que “a internação, em qualquer uma de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. Porém, o que se percebe na prática é a preferência pela internação em detrimento do atendimento na rede pública. E, como destacam Quinaglia Silva e Calegari (2018), o Poder Executivo falha em implementar os serviços substitutivos de saúde mental, de modo a encontrar

força no Código Penal. Dessa forma, há a internação que, apesar de se ter como o foco o tratamento, é regida pelos princípios da Lei de Execução Penal e não pelas Leis nº 8.080 e 8.142/1990.

O Colégio Nacional dos Defensores Públicos Gerais, em nota técnica, explicita que “pela atual normativa, que se impõe a todos os poderes públicos no Brasil, inclusive ao Poder Judiciário, eventual medida de internação de pessoa com deficiência (mesmo aquela em conflito com a lei) só pode se dar na exata medida de necessidade de compensação de um quadro clínico” (CONDEGE, 2020, p. 2).

Nesse sentido, “a Medida de Segurança, enquanto tratamento em saúde mental, obrigatório por força de sentença penal, tem de ser executada em consonância com a reforma psiquiátrica (...). E, após a compensação do quadro de surto psiquiátrico, ela deixa de ser legal e se torna tortura, tipificada em lei, conforme resta consubstanciado no parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº

10.216/2001” (CONDEGE, 2020, p. 2).

Trata-se justamente de reivindicar que os efeitos da Lei 10.216/2001 sejam estendidos ao campo penal, ressignificando a execução da Medida de Segurança: “trata-se de invocar o direito de igual acesso ao tratamento em saúde mental a ser destinado à pessoa com transtornos mentais que nunca entrou em conflito com a lei e àquela que foi capturada pelo sistema punitivo” (MAGNO, 2018, p. 4).

5 Presunção de sociabilidade: a pessoa com transtorno mental também é um ser social

Os primórdios da discussão dentro da esfera de saúde mental já eram marcados por crenças e estigmas de pessoas consideradas perigosas para a sociedade. O campo da Psiquiatria foi criado em torno de asilos de custódia e institutos que priorizavam o confinamento desses indivíduos, e cujos regimes feriam os princípios dos Direitos Humanos básicos. Um exemplo é o primeiro hospital psi-

quiátrico, instaurado em Londres, no século XIII: o Bethem Royal Hospital, que conduzia “espetáculos” que submetiam os indivíduos em sofrimento mental a realizar apresentações em que os visitantes poderiam pagar para assistir, rir, irritar e provocar tais pessoas com pedaços de pau. Um “verdadeiro circo de horrores” (SOARES; DINIZ, 2016).

Além disso, os cuidados com pacientes nas instituições manicomiais eram restritos e desumanos, sendo que até acorrentar os considerados violentos às paredes ou ao chão era uma prática incentivada. Após a Revolução Francesa e sua ideologia humanitária (1788 - 1799), séculos depois, foi criado o Tratamento Moral de Pinel, cuja base eram princípios assistenciais à doença mental que buscavam aplicar um caráter terapêutico nesses ambientes manico-



miais. Assim, visava ao retorno dos indivíduos em sofrimento psíquico à vida em sociedade, mas isso era realizado a partir de um regimento moral rigoroso e do isolamento social dos mesmos diante da justificativa de manter a segurança da/do paciente e a ordem social (SOARES; DINIZ, 2016).

Diante desse contexto histórico do campo da saúde mental, nota-se então o longo caminho de estig-

mas a indivíduos que se mostram como “ameaça” ou a par da sociedade, e é possível observar como, muitas vezes, eles perdem os direitos civis e sociais, o que influencia na construção da própria identidade. E tais condições, por sua vez, induzem a um cenário de conformidade com a situação que lhes é imposta, de forma que interferem na própria rotina de cuidados pessoais e na habilidade de manter a convivência, o que corrobora com a estigmatização de inca-



pacidade e periculosidade. “A partir de então, prevalece o estigma, como se fosse uma marca tatuada na pessoa pela sociedade como sendo representativa de pessoas alienadas que não têm discernimento e autodeterminação e portanto representam perigo para a sociedade” (SOARES; DINIZ, 2016, p. 294).

Dessa forma, a partir de 2001, como já discutido, a Lei Antimanicomial no Brasil possibilita uma nova realidade de direitos e importância ao antes taxado de louco, induzindo a um novo cenário das Medidas de Segurança, agora não apenas focado no âmbito da Justiça, mas voltado principalmente para o campo da Saúde. É o início pela luta contra as crenças e estigmas do “louco” como violento e o incentivo para a sociabilidade e acolhimento do indivíduo diante dos

recursos de saúde mental, tal como a RAPS, no território, em um trabalho em conjunto com a comunidade (SOARES; DINIZ, 2016).

Segundo Barros-Briset (2012, p. 124), é preciso avançar “na direção desejável da substituição da presunção da periculosidade pela presunção de sociabilidade, pois quando se trata da experiência humana, são imprevisíveis, inéditas e inventivas as respostas do sujeito ao real – louco ou não, um por um e via de regra”.

A experiência exitosa do PAILI-GO (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator de Goiás), premiada em 2009 pelo Prêmio Inovare, mostra como é “desnecessária a ultrapassada perícia de cessação de periculosidade. Impõe-se agora outro tipo de análise no sentido de verificar se aquele novo objetivo – reinserção social do paciente – está sendo alcançado. Trata-se, portanto, de avaliação psicossocial e não mais puramente psiquiátrica e que será

materializada mediante relatório da própria equipe técnica do PAILI” (CAETANO, 2013, p. 26).

6. Estratégias de Desinstitucionalização

Considerando o que foi apresentado, sugere-se a construção de Comissões de Estudos ou Grupos de Trabalho para a revisão e readequação da Lei de Execuções Penais, para que esteja em consonância com a Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216/2001. Junto a isso, evidencia-se a necessidade da elaboração de um plano nacional de extinção do sistema de hospital de custódia em prazo emergencial. Para o período de transição, defende-se o atendimento humanizado nesses espaços, com respeito aos direitos humanos e enfoque na reabilitação psicossocial das pessoas, que por muitas vezes permanecem nesses locais por longos períodos de internação. Parte-se do entendimento de que necessariamente não se trata apenas do prisma da segurança pública, mas que o acompanhamento das pessoas com transtornos mentais

em conflito com a lei é questão de saúde pública (CAETANO, 2010).

Nesse sentido, apresentamos abaixo algumas estratégias para a desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.

6.1 RAPS: dispositivos de cuidado e inclusão

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é uma das redes temáticas do SUS, voltada especificamente para a atenção integral à saúde mental da população. É composta por vários eixos de atenção à saúde mental, da atenção básica às urgências, organizada para ofertar tratamento e cuidado no território, respeitando os direitos das pessoas com transtornos mentais e sofrimento psíquico oriundo do uso abusivo de álcool e outras substâncias. Abrange a promoção de saúde, a prevenção, o tratamento de transtornos mentais leves, moderados e graves, o acolhimento às situações de crise e as estratégias de desinstitucionalização. Esta rede organizada de serviços atua de forma integrada, intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar, visando um cuida-

do emancipatório, a organização de projetos de vida e a inclusão social. Exemplos de serviços que compõem a RAPS: Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Consultórios de Rua, leitos no Hospital Geral, Serviços Residenciais Terapêuticos, entre outros.

No que tange ao processo de desinstitucionalização de internas/os de manicômios judiciários, especialmente em casos de cronificação, busca-se a implantação e manutenção de Serviços Residenciais Terapêuticos. Além disso, busca-se a construção de estratégias de retorno ao convívio social e o acesso a programas sociais de moradia, bolsas ou Benefício de Prestação Continuada e Programa De Volta para Casa. Nesse sentido, repudia-se a transferência dessas pessoas para outras instituições asilares e manifesta-se a necessidade de garantir a realização do tratamento em rede pública substitutiva.

6.2 EAPs: esforço de inserção e para superar a segregação

O Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP)



surgiu como alternativa para a constituição de um mecanismo conector entre o sistema de saúde, por meio das políticas de saúde das pessoas privadas de liberdade e de saúde mental, o sistema de assistência e proteção social, dentre outras políticas setoriais, e o sistema de justiça criminal. Esse dispositivo utiliza de

sua potência conectora para viabilizar o processo de fechamento da porta de entrada dos hospitais de custódia e todo o processo de desinstitucionalização para a Rede de Atenção à Saúde (RAS), incluindo o apoio a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) junto à RAPS.

Essas equipes têm como função realizar uma conexão entre os órgãos de justiça e os pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para garantir a individualização de medidas terapêuticas às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

6.3 Audiências de custódia: um esforço para fechar a porta de entrada nos hospitais de custódia

Uma importante estratégia é a qualificação e ampliação desta discussão nas audiências de custódia,

de modo a evitar a inclusão desnecessária nos hospitais de custódia. Tal movimento leva justamente à busca e à abertura de outras trajetórias terapêuticas, iniciadas nos dispositivos ambulatoriais e outros territoriais e intersetoriais, fazendo uso de toda a potência e complexidade dos serviços e programas que



compõem a RAPS. Além disso, os encaminhamentos pós-custódia podem ser valorosos na sequência do processo criminal, caso haja sensibilização de magistradas/os e atores do Direito para isso. Nesse sentido, a aplicação da Medida de Segurança não deve se basear exclusivamente em laudo de cessação de periculosidade, mas em avaliação psicossocial, conforme Projeto Terapêutico Singular elaborado por equipe multiprofissional, desde o processo de

conhecimento até a execução.

7 Considerações finais

O objetivo da presente cartilha é ajudar na superação da noção de periculosidade das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, por se tratar de visão ultrapassada, preconceituosa e sem qualquer embasamento científico. A forma atual de aplicação da Medida de Segurança surge como contrária aos cuidados em liberdade e à adoção da Lei nº 10.216/01, tendo em vista a existência dos manicômios judiciários ou hospitais de custódia, no caso do DF a Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP). Nas discussões sobre Medida de Segurança nas Conferências Nacionais de Saúde Mental aborda-se a presunção de periculosidade atribuída a pessoa com transtornos mentais em conflito com a lei como um conceito que implica juízo de valor e que gera concepções discriminatórias de cerceamento individual das pessoas. Assim, nos relatórios, propõe-se a extinção desse termo e a garantia de atendimento interdisciplinar às/ aos internas/os do sistema prisional, com ênfase na avaliação periódica das/dos infratoras/es em Medida de

Segurança, prevalecendo a garantia dos Direitos Humanos (BRASIL, 2002; 2010).

De acordo com os dados das inspeções nos estabelecimentos penais realizadas pelo CNJ, atualmente, na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP/DF) encontram-se internadas 147 pessoas, sendo 29 presas/os provisórias/os, 15 em regime fechado, quatro em regime semiaberto e 99 em cumprimento de Medida de Segurança, havendo déficit de duas vagas na unidade penal.

Vale ressaltar que, nesses dados, não estão incluídas as pessoas em cumprimento de Medida de Segurança na modalidade de tratamento ambulatorial, nem as que foram sentenciadas, mas que ainda não iniciaram o cumprimento do processo.

Em estudo realizado por Quinaglia Silva e Calegari (2018), foram analisados 164 processos de Medida de Segurança na VEP/DF entre 2013 e 2014, excluídos os processos que foram extintos nesse período. Foi verificado que 67 pessoas cumpriam a medida em internação, 65 em trata-

mento ambulatorial e 32 em desin-
ternação condicional. Do total, 85%
das pessoas eram negras, de acordo
com a classificação do IBGE, que in-
clui pardos e pretos nessa categoria.
Em sua maioria, também tinham
o Ensino Fundamental incomple-
to. Além disso, a prevalência dos
diagnósticos se deu quanto aos
transtornos mentais e comporta-



mentais devidos ao uso de álcool e
outras drogas.

Em comparação aos dados for-
necidos por essa pesquisa e ao re-
latório emitido pelo CNJ quanto aos
estabelecimentos penais, observa-se
que, em um período de nove anos, a
população internada na Ala de Trata-

mento Psiquiátrico aumentou mais
que o dobro. Quanto aos marcadores
sociodemográficos, o relatório reali-
zado pela Comissão Interamericana
de Direitos Humanos (CIDH) sobre
a situação dos direitos humanos no
Brasil, de 2021, apresenta dados con-
cernentes ao contexto do sistema
penitenciário no País. A predominân-
cia é de pessoas afrodescendentes,
constituindo 65,9% do total da po-
pulação carcerária, eviden-
ciando aspectos da discrimi-
nação racial e do racismo
estrutural.

Outro aspecto relevante
trazido por esse relatório, é
que a maior parte dos crimes
estão vinculados ao consu-
mo e ao tráfico de drogas,
tendo aumentado em 272%
o contingente carcerário por
esse tipo de crime entre os
anos de 2006 e 2016.

Perante o cenário, apresentamos
nesta cartilha algumas propostas
referentes aos cuidados em saúde
mental da população em cumpri-
mento de Medida de Segurança no
território do DF:

1. Criação de grupo de traba-

lho permanente e interinstitucional para avaliar o cenário e implementar ações voltadas a alinhar e adequar a aplicação das Medidas de Segurança às políticas de saúde mental vigentes e aos dispositivos já existentes e inoperantes no DF, como por exem-



plo, equipes multiprofissionais para avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei no âmbito do Sistema Único de Saúde (EAPs) — previstas nas Portarias Interministeriais n. 94/14 e 95/14 do MS/GM — e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs);

2. Criação de dispositivo conector entre o sistema de justiça e a Rede de Atenção Psicossocial do

território para acompanhamento, inclusão e tratamento das pessoas com sofrimento mental em conflito com a lei nos serviços/equipamentos de saúde do SUS;

3. Criação de fluxos com as/os operadoras/es do direito e a RAPS com objetivo de garantir o tratamento em meio aberto;

4. Cooperação interinstitucional para o fechamento da porta de entrada da Ala de Tratamento Psiquiátrico - ATP, instituição com caráter asilar, manicomial ou congênere, diante de sua incompatibilidade com os direitos previstos para as pessoas com transtornos mentais de acordo com a lei 10.216/2001 e para as pessoas com deficiência psicossocial, em conformidade com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei Brasileira de Inclusão (LBI).

5. Reconhecimento de que as pessoas com transtornos mentais ou deficiência psicossocial em conflito com a lei fazem jus à proteção jurídico-normativa prevista na Lei nº 10.216/2001,

na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), com a Lei Brasileira de Inclusão e em todas as políticas públicas voltadas para a efetivação desses direitos.

6. A atuação dos poderes constituídos - Executivo, Legislativo e Judiciário - em relação às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei deverá respeitar e ser orientada:

I - pelo princípio da dignidade da pessoa humana;

II - pela não-criminalização;

III - pela promoção do acesso aos direitos de cidadania e às políticas públicas, especialmente às de saúde;

IV - pelo respeito à autonomia das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei;

V - pelo reconhecimento das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei como sujeitos de direitos com dimensões integrais, tais como aspectos psíquicos, físicos e sociais, como componentes indis-

sociáveis e interdependentes;

VI - pelo reconhecimento das pessoas com transtornos mentais ou deficiência psicossocial em conflito com a lei como sujeitos de direito, a quem deve ser assegurada sua participação nos processos decisórios sobre sua própria vida e questões coletivas a elas pertinentes;

VII - pelo reconhecimento dos direitos da criança e do adolescente, bem como do caráter excepcional da privação de liberdade de adolescentes e da inaplicabilidade de Medida de Segurança ou congêneres a esse grupo social.

VIII - pela atuação voltada à redução de riscos e danos psíquicos, físicos e sociais, com vedação das práticas repressivas e de diagnóstico, prescrição, indicação ou determinação forçada de tratamentos terapêuticos, manicomiais ou religiosos para pessoas com transtornos mentais ou deficiência psicossocial que façam uso abusivo de álcool e outras drogas. ■



REFERÊNCIAS

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Loucura, direitos e sociedade um laço de presunções ideologicamente justificadas. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 12, n. 3, p. 119-124, 2013. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v12i3p119-124. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/691>>. Acesso em: 26 out. 2022.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental_relatorio.pdf> Acesso em: 19 mai. 2022.

_____. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial**, Brasília, DF, 2010. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf> Acesso em: 19 mai. 2022.

CAETANO, Haroldo. **Loucura e direito Penal: pistas para a extinção dos manicômios judiciais**. Tese (doutorado) - Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2018. Disponível em: <https://app.uff.br/slab/uploads/2018_t_HaroldoCaetanodaSilva.pdf>. Acesso em: 26 out. 2022.

CAETANO, Haroldo. **PAII: Programa de Atenção Integral ao Louco Infra-tor**. 3ª. ed. Goiânia: MP/GO, 2013.

CAETANO, Haroldo.; TEDESCO, Sílvia. Loucura e direito penal: pistas para a extinção dos manicômios judiciários. **Saúde em Debate [online]**, v. 45, n. 128, pp. 191-202, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202112815>>. Acesso em: 24 set. 2022.

CAETANO, Haroldo. Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do paili. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 112-115, abr. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 out. 2022.

CERQUEIRA CORREIA, Ludmila; ALMEIDA, Olívia Maria de. A luta antimanicomial continua! Problematizações sobre o manicômio judiciário na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira. **InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais**, Brasília, v. 3, n. 2, p. 319-347, 2018. DOI: 10.26512/insurgencia.v3i2.19727. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/insurgencia/article/view/19727>>. Acesso em: 16 set. 2022.

CONDEGE (2020). **Nota Técnica sobre a publicação da Portaria GM/MS n. 1325, de 18 de maio de 2020**, que revoga a Portaria GM/MS n. 95/2014 e as respectivas referências na Portaria de Consolidação n. 2/GM/MS, que extingue o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira; ALVES, Vânia Sampaio. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 1995-2002, 2007.

COHEN, Cláudio et al. **Saúde mental, crime e justiça**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, - 2 ed. 2006.

DINIZ, Débora. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011. **Letras Livres**: Editora Universidade de Brasília, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/15170>>.

FOUCAULT, Michel [1973]. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão...** 2. ed. Tradução de Denise Lezan de Almeida. Rio de Janeiro: Graal, 2013.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito Penal da Loucura: Medida de Segurança e reforma psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 5, n. 1, pp. 67-85, 2004.

KOLKER, Tânia. A Atuação dos psicólogos no sistema penal. In: GONÇALVES, H.S e BRANDÃO, E.P. **Psicologia Jurídica no Brasil**. 3 ed. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2011.

MAGNO, Patrícia. “E assim morre o exame de cessação de periculosidade: análise da experiência no Rio de Janeiro”. **Anais do IV Congresso Internacional em Saúde Mental – Rede de Atenção Psicossocial e Intersectorialidade**: diálogos necessários para resistir, persistir e existir nas práticas de cuidado em saúde mental, 2018.

MPF. MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DOS CIDADÃOS. **Parecer sobre Medidas de Segurança e HCTPs sob a perspectiva da Lei n. 10.216/2001**. Brasília - DF: [s.n.].

OLIVEIRA, Gabriel Dourado de. “**Esta sentença é uma faca de dois gumes, é um corte de dois lados, porque pode cortar a seu favor e também pode lhe prejudicar**”: repensando a política de saúde mental e suas (in) adequações a partir do olhar da Saúde Coletiva. 2017. 56 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Ceilândia, 2017.

ONU. Assembleia Geral das Nações Unidas. **Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental: Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental**. 2020.

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

QUINAGLIA SILVA, Érica.; CALEGARI, Marília. Crime e loucura: estudo sobre a Medida de Segurança no Distrito Federal. **Revista Antropológicas**, [S.l.], 2018, ISSN 2525-5223. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaantropologicas/article/view/23987>>. Acesso em: 20 out. 2022. DOI: <<https://doi.org/10.51359/2525-5223.2018.23987>>.

RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003, 128p.

SANTOS, Ana Luiza Gonçalves dos; FARIAS, Francisco Ramos de; PINTO, D. S. Por uma sociedade sem hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.22, n.4, out.-dez, p.1215-1230, 2015.

SOARES, Carlene Borges; DINIZ, Maria Aparecida. Os serviços substitutivos em Saúde Mental e as alternativas à lógica manicomial: O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAI-LI) COMO PRÁTICA INOVADORA. Em: **O LOUCO INFRATOR E O ESTIGMA DA PERICULOSIDADE**. Conselho Federal de Psicologia. 2016. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/11/CFP_Livro_LoucoInfrator_web-2.pdf> Acesso em 27 de julho de 2022.

VIANA, Itana; SOUZA, Luis Eugênio de. Como são tratados os doentes mentais infratores? Periculosidade, Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 12, n. 3, p. 161-176, 2013. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v12i3p161-176. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/694>>. Acesso em: 26 out. 2022.

