

ASPECTOS POSITIVOS E NEGATIVOS DA DESINTERNAÇÃO PROGRESSIVA NO ESTADO DE SÃO PAULO

Thaís Garcia Reis Marques (IC) e Jéssica Pascoal Santos Almeida (Orientadora)

Apoio: PIBIC Mackpesquisa

RESUMO

Trazida pelas mudanças de lógica no sistema penal por meio da Lei Antimanicomial, a desinternação progressiva é o instituto jurídico penal da medida de segurança pensado para os pacientes-detentos há longo tempo hospitalizados ou gravemente dependentes da instituição. O trabalho ocorre no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Franco da Rocha II, no estado de São Paulo. Ao identificar as possibilidades de desinternação do HCTP previstas na legislação e analisar as contribuições da Lei 10.216/2001, por meio de revisão bibliográfica, constrói-se o exame dos aspectos da desinternação progressiva. Os aspectos são cinco: o itinerário jurídico penal vivenciado pelo paciente durante o seu tratamento, a institucionalização pautada na grave dependência da instituição, o tratamento médico em questões de suficiência de infraestrutura e assistência médica, a administração de medicação, a legislação que reflete especificamente na desinternação progressiva por meio do laudo de cessação de periculosidade, relacionada também a morosidade judiciária, e a reflexão quanto à vida social do interno, já que há um paradoxo ao tirá-lo da família e sociedade para depois ser necessário o contato com as mesmas para a desinternação. Conclui-se que, por um lado a medida de segurança acarreta a institucionalização do agente, com base na debilidade do sistema penal, por outro, a implementação da desinternação progressiva, por si só, apesar de precursora em muitos aspectos, não apresenta a segurança necessária para o efetivo retorno do indivíduo ao convívio social.

Palavras-chave: Desinternação progressiva. Inimputável. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

Brought on by the logic changes in the penal system through the Anti-Asylum Law, the progressive suspension of internment is the criminal legal institute of the security measure designed for long-time inmates hospitalized or severely dependent on the institution. The work takes place at the Franco da Rocha II Hospital for Custody and Psychiatric Treatment, in the state of São Paulo. By identifying the possibilities of dehospitalization of the HCTP foreseen in the legislation and analysing the contributions of Law 10.216/2001, through a bibliographic review, an examination of the aspects of progressive dehospitalization is constructed. There are five aspects: the criminal legal itinerary experienced by the patient during his treatment,

institutionalization based on the institution's serious dependence, medical treatment in matters of infrastructure adequacy and medical care, medication administration, legislation that specifically reflects on the progressive disinterment through the report of cessation of dangerousness, also related to judicial delays, and reflection on the social life of the inmate, since there is a paradox in taking him away from his family and society and then having contact with them to the dis-hospitalization. It is concluded that, on the one hand, the security measure entails the institutionalization of the agent, based on the weakness of the penal system, on the other hand, the implementation of progressive disinterment, by itself, despite being a forerunner in many aspects, does not present the necessary security for the effective return of the individual to social life.

Keywords: Progressive suspension of internment. Not imputable. Psychiatric reform.

1. INTRODUÇÃO

Esse artigo trata da desinternação progressiva, instituto jurídico-penal da medida de segurança, objeto geral analisado nesta pesquisa. Estuda-se uma sanção penal que visa o tratamento da doença mental para se alcançar a cura e a consequente reintegração social. Assim, é diferente o tratamento do semi-imputável ou inimputável da pena do criminoso comum, conforme a teoria preventiva especial positiva. Apesar do indivíduo ser o foco, soma-se, o objetivo da defesa social, voltando a prevenção também à sociedade, segundo a teoria preventiva especial negativa.

A origem da desinternação progressiva desperta interesse por não provir direta e explicitamente da lei, mas de interpretação, na esfera paulista, do art. 5º da Lei Antimanicomial. Um dos principais instrumentos legais para a efetivação desse direito é o exame de cessação de periculosidade. Por meio do laudo psiquiátrico tenta-se mostrar que o sujeito cessou seu risco à sociedade, “como se fosse possível afirmar para todo o sempre e independentemente das circunstâncias que qualquer um de nós não seja sempre um risco em potencial para a sociedade.” (MATTOS, 2006, p. 25). Então, apresenta-se o laudo ao juiz, o qual analisa o possível deferimento de revogação da medida de segurança. Mas, os laudos, repetidamente, por conta de uma incompreensão do que viria a ser a periculosidade e devido a uma disputa de entendimentos sobre o seu conteúdo e expectativas, na verdade, são acompanhados de decisões que renovam as medidas de segurança (ALMEIDA, 2019).

Nesse cenário, o problema de pesquisa deste estudo surge ao indagar a relação entre o cumprimento e efetividade da lei, a exemplo do entendimento de Amartya Sen em sua “teoria da igualdade como capacidade” (SEN, 2008). Nessa linha, não basta apenas “cumprir a lei”, seja disponibilizando locais e meios, por exemplo, para que a desinternação progressiva exista. Mais do que a existência, a plenitude desse direito, que possibilitará futuramente a liberação das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei à sociedade, requer a competência dos órgãos e a efetividade prática do cumprimento da lei.

A partir disso, o alvo deste estudo foi examinar quais são os aspectos positivos e negativos da desinternação progressiva no estado de São Paulo, abrangendo-se o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II (masculino e feminino) de Franco da Rocha, onde são alojados os inimputáveis em desinternação progressiva. Para isso, foi preciso levantar objetivos específicos, são eles: identificar as possibilidades de desinternação do hospital de custódia que estão previstas na lei penal brasileira; e analisar as contribuições da Lei Antimanicomial ao instituto jurídico-penal da medida de segurança.

Para tanto, o referencial teórico parte da teoria de Augusto de Sá sobre a perspectiva da criminologia de inclusão social (modelo de terceira geração). Trata-se das inversões na

lógica do sistema punitivo, discutindo-se a malha paradigmática, pois o sujeito que comete o crime é um dos atores situados e não o único, devendo-se pesar outros atores, como, a saúde mental e a família, visando sua inclusão, na leitura do sistema judicial (SÁ, 2014).

Por isso, o tema justifica-se pela exposição da realidade¹, ainda sendo necessário explorar a medida de segurança e, especificamente, a desinternação progressiva dos pacientes-detentos em São Paulo, dada a invasão do Estado na esfera de direitos do cidadão, logo, é de extrema relevância. A fim de que não haja relativização do ponto de vista desse exame, explica-se que a análise é voltada para o ser humano atingido pela medida de segurança nas condições da desinternação progressiva, com a composição dos critérios de estudo e formas de identificação se positivo ou negativo a ser construída pela pesquisa.

2. DESENVOLVIMENTO DO ARGUMENTO

Este estudo se fixará somente no âmbito brasileiro, especificando-se para o estado de São Paulo. No entanto, a noção nacional se faz necessária, até porque a legislação e execução estaduais seguem, hierarquicamente, as esferas constitucional e federal. A razão para essa especificação ao campo paulista é pela maior existência de casos ² e maior visibilidade quanto ao problema central, se relacionado aos demais estados.

2.1 Possibilidades de desinternação do hospital de custódia na lei penal brasileira

Inicialmente, levanta-se a análise dos princípios, embasados na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, correlacionados à medida de segurança que englobam a desinternação progressiva, trazida por Michelle Cia (2011). Ressalta-se o princípio da intervenção mínima, próprio do Estado Democrático de Direito, segundo o qual deve-se recorrer sempre às alternativas menos gravosas (o internamento fere este princípio devido à extrema gravidade de seus efeitos); e o princípio da legalidade (art. 5º, II e XXXIX,

¹“Das 159 medidas de segurança do HCTP Il-Franco da Rocha, 39% (62) estavam em atraso e 53% (85) estavam em dia com a realização anual do exame de cessação de periculosidade. Entre a população em medida de segurança por conversão de pena, 43% (6) estavam em atraso e 57% (8) estavam em dia com a realização do exame de cessação de periculosidade. Um exame encontra-se em atraso quando contados doze meses desde o último exame, depois de cumprido o período inicial de internação determinado pela sentença judicial. Nos demais estabelecimentos do país, os exames de cessação de periculosidade estavam atrasados em 40% das medidas de segurança. A média de atrasos no HCTP Il-Franco da Rocha era de 13 meses, ao passo que nos demais estabelecimentos era de 33 meses.” (DINIZ, 2011, p. 330-331).

²PARA onde vai quem comete crime e sofre de doença mental. Grupo Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário. 2018. Disponível em: <

CF), considerado incerto quando trata da periculosidade, vista a discricionariedade jurisdicional e a falta de previsão da desinternação progressiva no ordenamento jurídico:

A analogia é proibida em sede de medida de segurança quando esta ocorre em prejuízo do agente, sendo admitida nos casos em que é a ele favorável. Sendo a desinternação progressiva medida certamente menos gravosa que a internação tradicional, está permitida a analogia com o sistema progressivo de cumprimento de penas, de modo a construir-se uma progressividade na execução das medidas de segurança. Essa realidade não fere o princípio da legalidade, justamente porque o estabelecimento da progressão também para o inimputável é medida que o beneficia, sendo muito mais favorável que o enclausuramento contínuo e indeterminado. (CIA, 2011, p. 78).

Soma-se o princípio da igualdade (art. 5º, CF), em relação à desigualdade penosa no tratamento entre imputáveis e inimputáveis, sobretudo na determinação do prazo da intervenção estatal na esfera do indivíduo. No entanto, essa diferenciação trata-se da discriminação positiva, de acordo com os direitos humanos, que visa garantir o necessário tratamento diferenciado para o diferente, no caso, em vista da saúde mental (MOREIRA, 2017). Tal diferenciação foi destacada no Relatório da I Caravana Nacional de Direitos Humanos, realizada pela Câmara dos Deputados em 2000, intitulada “Uma amostra da realidade manicomial brasileira”, ao escrever que “A situação só não é ainda mais grave por conta dos esforços da atual direção que desenvolveu uma unidade paralela destinada a preparação da ‘alta progressiva’ dos internos” (Brasil, 2000).

Outro princípio é o da jurisdicionalidade (art. 2º da Lei de Execuções Penais - LEP), pelo qual o órgão judicial decide e acompanha a situação do paciente em desinternação progressiva. Ademais, é fundamental o princípio da individualização (art. 5º, XLVI)³, coibindo a massificação do tratamento psiquiátrico. Por outro lado, a desinternação progressiva deve fomentar a individualização da medida de segurança, “analisando o indivíduo concreto, sujeito à referida sanção, pode o juiz implantar a desinternação progressiva, desde que seja o mais adequado ao tratamento e a ressocialização de tal indivíduo.” (CIA, 2011, p. 93).

Por último, o princípio da proporcionalidade, que ocorre entre o tratamento da periculosidade e o tratamento da doença mental do interno, prevalecendo os requisitos legais sobre os objetivos terapêuticos, pois a periculosidade pode cessar sem necessariamente a completa sanidade mental. Como primeira finalidade, estes princípios devem prezar pelo indivíduo e o respeito à sua dignidade como pessoa humana (art. 1º, III, CF), conforme a teoria da prevenção especial positiva.

³No mencionado artigo legal a palavra “pena”, citado na lei, refere-se à reação estatal punitiva abrangendo todas as consequências jurídicas do delito (CIA, 2011, p. 92)

Quanto à legislação, da lei geral à específica, tem-se o Código Penal, que aponta o inimputável no art. 26⁴. Nesta condição, o agente é isento de pena, cabendo a internação sob medida de segurança. No parágrafo único do artigo, há a figura do semi-imputável, com a redução de pena ou, a conversão da pena em medida de segurança⁵ (art. 98, CP). Logo, a legislação penal brasileira adota o sistema biopsicológico. Também, o título VI deste Código destina-se à medida de segurança. Através de leis especiais, a desinternação progressiva surge para executar essa saída da instituição para a sociedade (art. 96, CP).

Ademais, o fim da medida de segurança, por meio do dispositivo da desinternação progressiva, está sujeita à extinção da punibilidade. Isso se traduz no laudo psiquiátrico (§ 1º do art. 97, CP)⁶ que consiste em:

É a potencialidade para a prática de novos atos lesivos, ou a probabilidade que o agente tem de praticar novas infrações. “A ideia de ‘periculosidade’ não se traduz por qualquer dado objetivo, ninguém podendo, concretamente demonstrar que A ou B, psiquicamente capaz ou incapaz, vá ou não realizar conduta ilícita no futuro. Já por isso, tal ideia se mostra incompatível com a precisão que princípio da legalidade, constitucionalmente expresso, exige de qualquer conceito normativo, especialmente em matéria penal. A ‘periculosidade’ do imputável é uma presunção, que não passa de uma ficção, baseada no preconceito que identifica o ‘louco’ - ou quem quer que apareça como ‘diferente’ - como perigoso” (KARAM, 2002, p. 9).

Em 1941, para a regulamentação do incidente de insanidade mental do acusado, o Código de Processo Penal dispôs em seu Capítulo VIII as situações para a instauração, o procedimento e as consequências da eventual constatação de inimputabilidade. Existindo incertezas quanto à integridade mental do acusado, o art. 149 diz sobre a submissão ao exame médico-psiquiátrico, sob a autorização do representante legal. No prazo de 45 dias, será elaborado o laudo para verificação da sanidade mental (art. 150, §1º, CPP).

Ademais, a Lei de Execução Penal nº 7.210/84 apresenta o título IV a sobre a execução das medidas de segurança e regula a cessação de periculosidade nos arts. 175 a 179⁷. Ainda, conforme o art. 3º da LEP, os internados têm o direito de serem tratados

⁴Art. 26, CP: “É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (BRASIL, 1940)

⁵Art. 98, CP “necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º”. (BRASIL, 1940)

⁶Art. 97 § 1º, CP: “A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.” (BRASIL, 1940)

⁷Art. 175, LEP: “A cessação da periculosidade será averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, pelo exame das condições pessoais do agente, observando-se o seguinte: I - a autoridade administrativa, até 1 (um) mês antes de expirar o prazo de duração mínima da medida, remeterá ao Juiz minucioso relatório que o habilite a resolver sobre a revogação ou permanência da medida; II - o relatório será instruído com o laudo psiquiátrico; III - juntado aos autos o relatório ou realizadas as diligências, serão ouvidos, sucessivamente, o Ministério Público e o curador ou defensor,

dignamente, em local adequado e por profissionais competentes; submetidos a tratamento adequado visando sua cura, recuperação e consequente retorno ao convívio social.

Após a desinternação progressiva, ocorre a desinternação condicional (art. 97, § 3º, CP), isto é, o período de 1 (um) ano, no qual a pessoa liberada, caso pratique algum ato que revele a persistência de sua periculosidade, pode ser obrigada a retornar à instituição. Também, há a possibilidade de conversão da pena em medida de segurança, pelo art. 183 desta lei, quando se tratar de doença superveniente ao ilícito penal.

Com a Reforma Psiquiátrica, advém a Lei Antimanicomial nº10.216/2001 dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, contribuindo para a medida de segurança. Todavia, é importante frisar que com sua promulgação houve a inversão de lógica no sistema⁸, conforme examinado oportunamente. Mas, explica-se que essas leis não são complementares, pelo contrário, há discrepância de abordagem muito evidente. Isso porque, na década de 40, quando da instauração do CP e CPP, o embasamento era claramente a gravidade do delito, fundados, portanto, na punição. Em contrapartida, a Lei Antimanicomial surgiu com o ideal de inclusão social, desse modo, apesar do CP e CPP visarem em sentido amplo o infrator, também englobam e servem de direcionamento para o modo de como tratar o doente mental em conflito com a lei (ALMEIDA, 2019).

Assim, mesmo que a justiça atualmente tente harmonizar essas diretivas legais, é impossível conciliar o inconciliável. Também, isso é o motivo de tanta imposição e discricionariedade judicial quando se aborda a medida de segurança. Dessa forma, dentre as leis mencionadas (CP, CPP e LEP), para fins de desinternação progressiva, a lei especial e mais recente nº 10.216/2001 passa a reger a matéria após 2001.

Na legislação estadual paulista⁹, encontram-se os arts. 219, 278, I da Constituição do Estado de São Paulo que tratam do direito à saúde e assistência social por meio de programas

no prazo de 3 (três) dias para cada um; IV - o Juiz nomeará curador ou defensor para o agente que não o tiver; V - o Juiz, de ofício ou a requerimento de qualquer das partes, poderá determinar novas diligências, ainda que expirado o prazo de duração mínima da medida de segurança; VI - ouvidas as partes ou realizadas as diligências a que se refere o inciso anterior, o Juiz proferirá a sua decisão, no prazo de 5 (cinco) dias.” (BRASIL, 1984)

⁸A Resolução CNJ n. 113 de 2010 prevê, em seu art. 17, que “o juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível buscará implementar políticas antimanicomial, conforme sistemática da Lei n. 10.216” (CNJ, 2010)

⁹ASSEMBLEIA Legislativa do Estado de São Paulo. 2021. A Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo mantém a mais completa Base de Legislação Paulista, atualizada diariamente pela Divisão de Biblioteca e Documentação, abrangendo dados desde a criação da Assembleia Provincial, em 1835. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/alesp/pesquisa-legislacao/>>. Acesso em: 20 nov. 2020.

especiais, como as Centrais de Atenção ao Egresso e Família (CAEF)¹⁰ para reinserção de egressos de hospitais psiquiátricos à sociedade. Têm-se, ainda, os decretos nº46,046/2001 que cria e organiza, na Secretaria da Administração Penitenciária, o HCTP II de Franco da Rocha, porém não explicita em que se diferencia-se dos demais¹¹, e o decreto nº24.551/1955 que designa os estabelecimentos carcerários que constituem o Departamento de Presídios do Estado, para efeito de internação e desinternação. Como se vê, não há lei específica para regulamentar a desinternação progressiva no estado.

2.2 Contribuições da Lei Antimanicomial ao instituto jurídico-penal da medida de segurança

A Lei Antimanicomial é fruto das lutas por melhorias, sobretudo pela humanização, no sistema de internamentos. Os bramidos por mudanças nos manicômios já eram notórios em muitos países. Desde 1789, com o iluminismo, a loucura veio a ser pensada diante de um contexto, agora relacionada também à família e ao meio social (fatores externos) e ainda à genética (SÁ, 2014). Mundialmente, Franco Basaglia prenunciou as discussões sobre os manicômios na Itália, em meados de 1960, o qual encontrou enorme resistência frente aos padrões higienista e eugenista. Conforme Salo de Carvalho, entendia-se globalmente que os manicômios rememoram aos campos de concentração¹². No Brasil, o movimento ganhou notoriedade com a Reforma Psiquiátrica de 1984, a tempos defendendo o respeito aos direitos dos internos, essencialmente em relação à contemplação do princípio da dignidade da pessoa humana também a esses.

Dentre as conquistas da reforma, destaca-se o projeto de lei 3657, apresentado pelo deputado Paulo Delgado, que propôs a regulamentação dos direitos dos inimputáveis em razão da saúde mental, bem como a extinção gradativa dos manicômios brasileiros. Mas, somente após 12 anos de tramitação que o referido PL foi transformado na Lei Antimanicomial 10.216/2001. Nesse sentido, os acontecimentos da década de 80 no país e seus resultados se deram por meio das inúmeras denúncias acerca das violentas condições do sistema, tornando público o conhecimento¹³.

¹⁰Espelhados no PAI-PJ (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental) do estado de Minas Gerais e no PAILI (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator) do estado de Goiás.

¹¹Art. 2º, o HCTP II de Franco da Rocha “é um estabelecimento penal destinado ao cumprimento do tratamento de internos/pacientes inimputáveis dos sexos masculino e feminino portadores de patologias clínicas associadas à doença mental.” (SÃO PAULO, 2001)

¹²“(…) o cenário dos hospitais de custódia e dos manicômios judiciais rememoram, sem exageros, às piores experiências de degradação humana presenciadas na história, que foram os campos de concentração criados pelo nacional-socialismo germânico (…)” (CARVALHO, 2015, p. 520)

¹³Um exemplo disso é o documentário “Em nome da Razão” de 1979, de Helvécio Ratton.

Desse modo, a Lei Antimanicomial entrou em vigor e trouxe a mudança de lógica no sistema penal, notadamente no que se refere à medida de segurança. A lei 10.216/2001 é fundamentada no foco no ser humano, inclusive abdica o termo “doença mental”. Ainda, possibilitou-se operar a desinstitucionalização, pois a prioridade é o indivíduo internado, o seu tratamento e inclusão social (teoria preventiva especial positiva, art. 2º, parágrafo único, II, Lei 10.216/01), passando a ser subsidiário o interesse da sociedade em sua proteção (teoria preventiva especial negativa), visto o dever de conceder a desinternação a qualquer tempo quando constatada a aptidão para convivência social. Na visão de Carvalho:

A Lei n. 10.216/2001 inegavelmente muda o estatuto jurídico e a lógica do tratamento dos portadores de sofrimento psíquico no Brasil. A Lei da Reforma Psiquiátrica não apenas determina como diretriz central que sejam realizadas políticas públicas de desinstitucionalização, como fixa como premissa o respeito à autonomia dos usuários do sistema de saúde mental. (CARVALHO, 2015, p.509)

Outrossim, a referida lei contribui para que o tratamento ocorra em ambientes menos invasivos (art. 2º, VIII), isto é, no que for possível em serviço de saúde mental comunitário (art. 2º, IX) ou em hospitais gerais que assistam o paciente em sua saúde mental (art. 3º), proibindo-se as características asilares. Na prática, Jéssica Almeida entende que esses locais são os que prestam serviço pelo Sistema Único de Saúde (SUS), englobando psicólogos, médicos, assistentes sociais presentes nos hospitais gerais e casas terapêuticas (ALMEIDA, 2019). Assim, cria-se espaços para a reinserção social zelada pelo parágrafo único do art. 4º, com o acompanhamento do Ministério Público e supervisão do juízo das execuções penais, por se tratar de violação a bem jurídico penal por pessoa com problema mental. Também houve a substituição da nomeação do mecanismo “medida de segurança” por “internação compulsória” (art. 6º, III), o que revela ainda mais a natureza do regime.

Além das inversões de lógicas basilares, a lei antimanicomial trouxe o principal ônus para a desinternação progressiva: o fundamento legal pela interpretação do art. 5º. Esse dispõe sobre os internados há longo tempo, cabendo ao Ministério Público redirecionar os pacientes em conflito com a lei às novas diretivas¹⁴. Assim, a legislação objetiva evitar a perpetuação da medida de segurança sob regime de internação e, como efeito, a dependência institucional, de tal sorte que prevê a extinção dos HCTPs (art. 4º).

¹⁴Não só o MP, mas Michele Cia destaca a necessidade conjunta de adequação: “Como consequência, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, por meio da Resolução nº 05, de 4 de maio de 2004, ordenou a adequação da execução das medidas de segurança à Lei nº 10.216/01, devendo ser sua finalidade permanente a busca e a efetivação da reinserção social dos internos (art. 4º, § 1º, Lei nº 10.216/01). Determinou a integração dos HCTPs ao SUS, devendo aqueles, inclusive, adequar-se aos padrões de atendimento previstos no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH). [...] A referida resolução ressaltou também a importância da existência de ações destinadas aos familiares e de projetos comprometidos com o desenvolvimento da cidadania e com a geração de renda, de modo a possibilitar a reintegração sócio-familiar. (Ministério da Justiça, 2004).” (CIA, 2011, p. 45)

Nesse contexto, o art. 5º da Lei Federal nº10.216¹⁵, por sua interpretação no estado de São Paulo, alicerçou legalmente a desinternação progressiva - prática heterogênea em território nacional. Então, essa fundamentação é utilizada nas decisões judiciais, de tal modo que o instituto jurídico-penal da medida de segurança tem ocorrido, no campo paulista, por imposição judicial (ALMEIDA, 2019).

Explica-se brevemente o contexto histórico para a execução da desinternação progressiva em São Paulo, no HCTP II de Franco da Rocha ao longo dos anos. No anos 80, quando surgiram as iniciativas de desinternação por parte do hospital, mesmo que de forma experimental, as alegações contrárias às tais práticas davam-se em razão da ausência de amparo legal. No entanto, a continuidade da execução foi possível devido à aliança com o judiciário, quando o juiz das execuções penais autoriza o ato. Após, muitos juízes desta vara defenderam os trabalhos de visitas dos internos aos seus familiares e amigos durante os finais de semana, bem como o regime de hospital-noite no HCTP de desinternação progressiva. Por isso, diz-se da imposição judicial quanto a essa questão. Então, reunindo muitos críticos que pressionavam o governo federal a legislar sobre o assunto (Reforma Psiquiátrica), em 2001, a tão esperada lei foi promulgada (REALE, 2001).

Em relação à desinternação progressiva, esse instituto tem, dentre outros, a finalidade de possibilitar ao interno a volta gradual à sua vida em sociedade, contribuindo para a saída definitiva da instituição, ou seja, é a fase que antecede a liberação condicional. Para que estes objetivos sejam atingidos, porém, coloca-se como primordial algumas particularidades, como, o contato com a família e o laudo de cessação de periculosidade¹⁶.

Segundo Jéssica Almeida em sua tese, na prática, o indivíduo internado no HCTP II de Franco da Rocha, em desinternação progressiva, realiza saídas periódicas sob acompanhamento e análise médica. Na primeira saída do hospital, o interno passa 7 (sete) dias com a família ou responsável, após, ele retorna e a equipe examina como foram esses dias para a família e para o paciente, caso não tenha havido nenhum óbice, progride-se à segunda saída. Nessa próxima etapa, a saída dura 15 (quinze) dias e, simultaneamente, a equipe de saúde continua a acompanhar e relatar se tudo correu bem. Na terceira fase, o período de saída é de 21 (vinte e um) dias. Se o paciente estiver avançando em seu

¹⁵Art. 5º, Lei Antimanicomial: “O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.” (BRASIL, 2001).

¹⁶Consiste o regime de desinternação progressiva na autorização para sair do estabelecimento hospitalar para atividades junto aos familiares ou passeios ou visitas programadas, buscando minimizar os gravames da institucionalização. A periodicidade será regulada pela equipe de saúde (JUNQUEIRA; VANZOLINI, 2019, p. 694).

tratamento, ele continua a sair da seguinte forma: fica 21 (vinte e um) dias com a família ou responsável, e retorna à instituição, devendo permanecer 7 (sete) dias, depois desse tempo, pode passar mais 21 (vinte e um) dias fora e assim sucessivamente (ALMEIDA, 2019).

Esse processo da desinternação se dá até o momento em que o paciente recebe seu laudo de cessação de periculosidade positivo, progredindo, então, para a desinternação condicional, etapa em que vive fora das instalações hospitalares, mas deve ir regularmente ao HCTP para registrar seu comparecimento periódico. Esta última fase acontecerá pelo prazo de um ano. Se nesse tempo o liberado não efetuar fato que indique persistir a periculosidade, estará encerrada a medida de segurança (ALMEIDA, 2019).

É importante apontar que o indivíduo que cometeu o delito e cumpre internação no HCTP, nesse processo norteado pela expectativa de cura de sua doença, tem um papel também ativo na medida em que dele se exige a responsabilização por seus atos, devendo ter bom comportamento para progredir nas saídas do hospital. Ora, o monopólio da força estatal é forte nos HCTPs¹⁷, logo, nessa ótica de desinternação trazida pela lei, o indivíduo deve ser protagonista e não apenas "mais um" sujeito ao braço disciplinador do Estado.

Frisa-se que, no art. 5º, que o paciente há longo tempo hospitalizado ou totalmente dependente da instituição será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. Nesses casos, os pacientes internos são direcionados ao serviço de residência terapêutica (SRT), devendo o Estado ser agente cautelar nesse processo, pois dispõe de recursos para planejar, acompanhar e assistir o paciente (ALMEIDA, 2019).

Em face do estudado, reflete-se sobre a suficiência da Lei Antimanicomial. Ora, para a formulação deste tópico, pesquisou-se artigos científicos, dentre os quais grande parte havia sido escrito durante a Reforma Psiquiátrica, ou seja, ainda sem a Lei Antimanicomial. Nota-se, como principal semelhança entre os autores, os argumentos a respeito da ausência de amparo legal para a prática da desinternação progressiva. A partir de 2001, tem-se então a legislação para tanto, a Lei 10.216/01 entrou em vigor na data de sua publicação. Logo, a ausência de base legal foi suprida, porém entende-se que o problema agora é a prática da lei, sua interpretação e aplicação. Inclusive, segundo alguns autores, o artigo 5º da lei tem sido erroneamente interpretado pelos tribunais.

Conclui-se que a lei antimanicomial, também por meio do instrumento da desinternação progressiva, idealizou a tentativa de humanizar o sistema da medida de

¹⁷Vai ao encontro deste posicionamento o Ministério da Justiça, quando diz, em 2004: "A medida de segurança deve ser aplicada de forma progressiva, por meio de saídas terapêuticas, evoluindo para regime de hospital-dia ou hospital-noite e outros serviços de atenção diária tão logo o quadro clínico do paciente assim o indique". (Resolução nº 05/2004, Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária)

segurança desumano, ao inverter a lógica, de tal modo que a relação entre esses institutos resulta na ruptura da própria medida. Ora, a lei de 2001, em seu art. 4º, § 3º, não permite a internação com aspectos asilares, proibindo-se, então, características originais da medida de segurança. Similarmente, a desinternação progressiva atinge indivíduos dependentes da instituição para sobreviver, ou seja, aqueles que são o fruto das características asilares, mas essa instituição foi vedada, gerando uma contradição na própria lei (ALMEIDA, 2019).

2.3 Aspectos positivos e aspectos negativos da desinternação progressiva no estado de São Paulo

É ponto a ser pensado o itinerário jurídico penal vivido pelo interno, como destaca Michele Cia, de modo que, muitas vezes, o percurso do inimputável ou semi-imputável tem início no HCTP "Dr. Arnaldo Amado Ferreira" de Taubaté, conhecido como o mais rígido do estado paulista (CIA, 2011). O Hospital foi inaugurado em maio de 1942 e destina-se a receber internos sob medida de segurança de tratamento em regime fechado (SAP, 2021).

Em semelhança a progressão de regime recorrente nas penitenciárias, o interno, na execução de seu tratamento, pode ser posteriormente direcionado ao HCTP "Professor André Teixeira Lima" I (masculino e feminino), localizado no município de Franco da Rocha, já mais brando em relação ao anterior. Inaugurado em dezembro de 1933, esse hospital abrange o regime fechado, para presos provisórios, regime semiaberto e medida de segurança. Cabe ressaltar que nesse HCTP há uma Ala de Desinternação - masculina com capacidade para 112 pessoas (SAP, 2021).

Por fim, têm-se o HCTP II de Franco da Rocha (Me F), também em Franco da Rocha, onde ocorre a desinternação progressiva. Inaugurado em janeiro de 2002 (SAP, 2021), no ano de 2021, conta com 119 internos na Ala de desinternação progressiva - masculino¹⁸. Nesse cenário, esse hospital fornece a estrutura para que o interno retorne ao âmbito familiar e social, construindo e fortalecendo os laços para que seja possível ter o seu laudo de cessação de periculosidade aprovado e ingressar na desinternação condicional (interno não mais vivendo na instituição hospitalar). É importante dizer que após a liberação, o sujeito continua assistido pelo serviço social (CAPS) (ALMEIDA, 2019).

Enfatiza-se que, o caminho a ser trilhado tem início com o processo e sentença do juiz ao decidir se reclusão ou detenção, conseqüentemente, se internação ou tratamento ambulatorial. Assim, explica Jéssica Almeida em sua tese: "(...) pois quando o fato previsto

¹⁸Informação fornecida pela assistente social diretora da sessão de desinternação, Vânia, em 16 de junho de 2021

como crime for apenado com reclusão, o sujeito será internado, e quando for com detenção, receberá um tratamento ambulatorial.” (ALMEIDA, 2019, p. 46).

Desse modo, o percurso trilhado pelo interno dentro dos HCTPs - ou até das prisões, pois muitas vezes a espera pela vaga para hospital de custódia ocorre nas penitenciárias comuns - se faz relevante quando o interno atinge a fase da desinternação progressiva, em conformidade com os dados trazidos pelo Relatório Pastoral. Já se passaram anos de sua vida, a depender do delito e consequente tempo pré-estipulado para a medida de segurança, sendo tratado em hospitais psiquiátricos que, muitas vezes, se assemelham às prisões, em condições insalubres e desumanas e que ocasiona a perda dos laços familiares. Logo, constrói-se um histórico de sofrimento e ócio, o que dificulta a evolução na desinternação progressiva (PASTORAL CARCERÁRIA, 2018).

Relacionando-se com o segundo ponto acerca da institucionalização, esse contexto prejudica a saúde mental e consequente tratamento do indivíduo, dificultando o seu progresso para possível liberação. Mas, é a desinternação progressiva a ferramenta mesmo para esses casos mais difíceis, de longos caminhos marcados pelos HCTPs (CIA, 2011).

Sendo assim, para esses dois gravames - o itinerário jurídico penal e a institucionalização - a desinternação progressiva traz aspectos positivos que visam a evolução do tratamento do paciente, como prediz o art. 5º da lei 10.216/01:

O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida (...). (BRASIL, 2001).

De modo gradual, a política específica visa restabelecer a saúde mental do indivíduo ao passo que estimula os laços familiares e sua vida em sociedade (ALMEIDA, 2019).

Como terceiro quesito, tem-se o tratamento médico disponibilizado aos internos - o uso de medicações e recursos humanos e de infraestrutura. Nesse contexto, quando as instalações do hospital e profissionais disponíveis são insuficientes frente à demanda, tanto na quantidade, como na qualidade, é dificultado o tratamento do interno, mas quando as suas necessidades são satisfeitas pela infraestrutura e cuidados dos funcionários, há mais chances de respostas positivas ao tratamento, desde a fase inicial da internação até o momento da desinternação progressiva, favorecendo a sua saída do HCTP (CIA, 2011).

De igual modo acontece quanto às medicações ministradas, uma vez que, se certamente dosadas e aplicadas individualmente conforme cada problema de saúde mental, o paciente provavelmente progredirá bem, mas se apenas for dopado a fim de conter o seu comportamento, estará estagnado e, em muitos casos, retrocedendo em seu problema de

saúde. Apesar de serem requisitos essenciais em uma instituição que visa o tratamento de uma doença, observa-se grande carência dos mesmos nos estudos científicos acerca do tema desenvolvidos até o momento¹⁹.

Mas, a respeito da desinternação progressiva, informa a pesquisadora Almeida que a saída do interno é acompanhada por orientações para a família ou responsáveis acerca dos cuidados necessários para a prossecução do tratamento e respectivos remédios. Assim, o hospital além de trabalhar com o paciente, deve tratar também com a família, preparando-os para receber o sujeito e fornecendo o kit de medicações para o seu uso diário no período de um mês, o que revela um aspecto positivo da desinternação progressiva (ALMEIDA, 2019).

Em quarto lugar, é critério de estudo a legislação, que reflete especificamente na desinternação progressiva por meio do laudo de cessação de periculosidade. Em relação ao exame de verificação, se cessada a periculosidade por meio do laudo e concedida a liberdade ao paciente-detento, tem-se dispensável a autorização judicial, a partir da normativa da Lei 10.216/2001. Apesar da interpretação de seu art. 8º, § 2º²⁰, não se pode esquecer a judicialização do tratamento, a qual é determinada pelo magistrado, conforme dispõe o art. 6º, inciso III, da Lei 10.216/2001. Assim, da mesma forma, a liberação do tratamento estará condicionada à ordem judicial (CIA, 2011).

Mas, mesmo cessada a periculosidade (requisito legal), em maioria, o paciente não dispõe das condições práticas para o seu retorno à sociedade. A família desempenha papel significativo no tratamento da doença, a fim de que o doente mental se recupere - sendo prescindível o internamento - e seja liberado à sociedade e não volte a delinquir. Logo, sem o apoio familiar, o tratamento e posterior desinternação resultam prejudicados (CIA, 2006).

Conclui Virgílio de Mattos, em sua obra, a insuficiência do laudo psiquiátrico de cessação de periculosidade para a futura liberação e revogação da medida. Assim sendo, os internos continuam sob medida de segurança nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (os substitutos dos manicômios judiciais) ou são remetidos a outra instituição fechada, como à Ala de Tratamento Psiquiátrico, de tal modo que mesmo saindo dos HCTPs, não saíram do sistema (MATTOS, 2006, p. 144)²¹. Traz ainda mais dados acerca dessa realidade o censo de Diniz:

¹⁹“se para o preso comum, a cadeia é muitas vezes ‘uma escola para o crime’, para o doente mental infrator o hospital de custódia é um ‘estágio a mais na escala da loucura” (CREMESP, 2014, p. 4).

²⁰Art. 8º, § 2º, Lei Antimanicomial: “o término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento” (BRASIL, 2001)

²¹“Após longos períodos, a própria institucionalização mostra-se como a principal barreira para a soltura, mesmo com laudo favorável. Além de contribuir para o corte dos laços familiares e sociais do indivíduo, a institucionalização afeta a autonomia, dificultando-lhe sobremaneira o retorno aos espaços extramuros” (MATTOS, 2018, p. 35).

No HCTP II-Franco da Rocha, pelo menos 87% (150) dos indivíduos em medida de segurança não deveriam estar internados por cumprirem medida de segurança com a periculosidade cessada ou por terem sentença de desinternação, medida de segurança extinta ou internação sem processo judicial, ou ainda por terem recebido o benefício judicial da alta ou desinternação progressiva (CENSO, 2011, p. 322).

Soma-se a isso a morosidade do judiciário, pois a aprovação do laudo se liga a efetividade do judiciário em analisá-lo, pois se o interno evolui em seu tratamento com a desinternação progressiva e submete o laudo, a demora da resposta a respeito da própria autorização de saída pode agravar o quadro. Como consequência do longo tempo passado, o diagnóstico do interno pode ser diferente na ocasião de análise do laudo pelo juiz em relação à época da submissão, enfraquecendo a eficácia daquele laudo (ALMEIDA, 2019).

Diante do estudado, conclui-se que o laudo de cessação de periculosidade, da forma instituída pela lei, como porta de saída da desinternação progressiva e de entrada para a desinternação condicional é um aspecto negativo. Vê-se que o laudo precisa ser avaliado pelo juiz, monopolizando a autoridade judiciária a palavra final acerca da liberação ou não. No entanto, a medida de segurança não envolve somente o enfoque judicial, mas também o médico. Ademais, o laudo, na configuração em que se encontra, é um instrumento que não depende unicamente do interno, reduzindo o seu protagonismo em seu tratamento, mas pelo contrário, é restringido por influência externa incompetente no assunto. Desse modo, em concordância ao pensamento de Michele Cia, entende-se fora da alçada do juiz julgar o diagnóstico do paciente, bem como fora do alcance do judiciário moroso apreciar questões clínicas urgentes (CIA, 2011).

Passa-se ao quinto critério, a vida social, abordado acima juntamente com o laudo. Ora, existem somente três HCTPs em todo o estado de São Paulo, logo, a maioria dos pacientes são internados distantes de seus parentes e amigos. Nesse contexto, é facilmente factível a perda dos laços familiares, principalmente nos casos em que a vítima do delito foi um familiar. Dessa forma, há um paradoxo, pois tira-se da família e sociedade para depois ser necessário o contato com as mesmas para a desinternação (SÁ, 1998).

O autor Alvin de Sá, em seu artigo científico “Prisionização: um dilema para o cárcere e um desafio para a comunidade” traz a questão da relação do encarcerado com a sociedade. Essa situação é embasada por teorias (como a teoria preventiva especial positiva que prevê

“Ironicamente, o mesmo sistema judiciário que corta os vínculos familiares é o que os exige para a desinternação, pois via de regra ela está condicionada ao acolhimento de parentes. Ou seja, mesmo que se considere que a periculosidade está cessada, mediante avaliação psiquiátrica, muitos pacientes-detentos permanecem na instituição sob a justificativa de que não têm familiares ou conhecidos com condições materiais ou disposição para acolhê-los. Uma vez que é dever do Estado prover meios de acolhida adequados às necessidades de cada caso, a ausência de família não pode ser critério para impedir a desinternação” (MATTOS, 2018, p. 53).

a inclusão social') e textos de lei (por exemplo, "O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio." art.4º, § 1º, Lei federal n. 10.216/2001), mas contraditoriamente vivida no sistema penal diariamente. Assim, é decisivo para a garantia dos direitos fundamentais, o contato e também a responsabilidade da sociedade, com prevalência da família, em relação àquele que está detido, uma vez que é controverso almejar ressocializar alguém retirando-o do ambiente social (SÁ, 1998). Desse modo, em questão de medida de segurança, a desinternação progressiva é um dos mecanismos que visa colaborar para suprir essa incongruência, apresentando o aspecto positivo de trabalhar a reaproximação do interno com a família e a sociedade.

Em conclusão, entende-se que os critérios analisados fazem parte do processo vivido pelo interno em sua trajetória em busca do tratamento de seu sofrimento em saúde mental, sendo que cada um dos itens influenciam na abordagem do interno e, conseqüentemente, em que estado de evolução ele estará para que seja possível progredir à desinternação progressiva. Quando alcançada essa fase, o desenvolvimento nela também dependerá desses tópicos, pois, se o interno teve um mal tratamento ao longo do tempo até chegar na desinternação, o seu processo poderá ser vagaroso, às vezes, até retrocedendo, e, em uma nova oportunidade, tentando a desinternação progressiva novamente. Por outro lado, se o caminho com todos esses fatores envolvidos foi positivo, a fase da desinternação progressiva é favorecida, sendo mais rápida e eficaz em suas etapas.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O instituto jurídico penal da medida de segurança é de caráter penalizador, característico do sistema de justiça penal, visto que idealizado no século passado sob fundamentos avessos aos da atualidade. Ainda que tal medida tenha por objetivo dar tratamento diferenciado àquele que, enquanto inimputável ou semi-imputável comete injusto penal, o resultado de sua adoção não é o tratamento ou inclusão social, longe disso, resulta na institucionalização. Assim, acarreta-se não apenas o agravamento do estado clínico do agente, mas sua dessocialização, a começar de sua própria família²².

²²"O Conselho acredita que a reabilitação psíquica e social desses pacientes, com redução dos riscos de reincidência, só será possível em unidades menores e equipes multidisciplinares, pautadas nos princípios do SUS. Trancá-los em instituições regidas pelo sistema prisional, sem a devida e necessária assistência, não apenas contraria os princípios da ética e da Reforma Psiquiátrica. Significa pautar-se por uma conduta que oferece aos pacientes um "remédio" que, em lugar de "curar", só provoca danos maiores." (CREMESP, 2014, p. 5)

Por um lado, se a medida de segurança acarreta a institucionalização do agente, com base na debilidade do sistema penal, por outro, a implementação da desinternação progressiva, por si só, apesar de precursora em muitos aspectos, não apresenta a segurança necessária para o efetivo retorno do indivíduo ao convívio social. Isso porque, conforme estudado, o sucesso em tal processo depende sobremaneira de diversos fatores – sintetizados nos quesitos estudados acima -, os quais devem ser desenvolvidos cumulativamente e de maneira ordenada, uma vez que quanto mais profunda a institucionalização, mais difícil e demorado o êxito da recuperação.

Ainda, como visto, a desinternação progressiva é uma ferramenta criada para minimizar os gravames da institucionalização, porém, na verdade, tal instituição não mais deveria existir após a Lei Antimanicomial. A lei proíbe a internação em instituições com características asilares, inclusive prevendo a extinção dos HCTPs (art. 4º), enquanto que o instituto jurídico da desinternação progressiva existe para tratar um público específico dentre os internos, justamente aqueles pacientes-detentos sujeitos às consequências dos aspectos asilares, como, fortemente dependentes da instituição, internados há muito tempo, e distantes da vida social, coexistindo, assim, duas situações contrárias.

Conclui-se que, apesar das inversões de lógica no sistema e criação de novas leis e institutos que visam a humanização, na prática, ainda não se confia plenamente na capacidade do sujeito se tratar de outro modo que não seja na instituição. Sendo assim, o interno precisa sair da instituição paulatinamente, com o monitoramento profissional muito próximo, para se acreditar que algo está sendo feito para o progresso do tratamento daquele com problemas mentais que cometeu crime. Em resumo, nota-se a inadequada prevalência do fator penal sobre o clínico, pois, uma vez que transgrediu o direito de alguém, mesmo com sofrimento em saúde mental, o autor deve ser sancionado e retirado da sociedade para a manutenção da segurança da mesma (teoria especial preventiva negativa).

Por fim, como alternativa ao cenário e visando promover a um só tempo a reabilitação e o cumprimento da expectativa de prevenção criminal, seria mais adequado, à luz da Lei 10.216/2001, que os casos de internação fossem conduzidos para abordagem ambulatorial em liberdade e com acompanhamento pelo CAPS do território onde o sujeito poderia estar com sua família. Nessa linha, não se perpetua os mecanismos de centralização em grandes instituições hospitalares, as quais não são apenas regidas pelo sistema prisional, mas mantidas como tal, mas se assegura o contato do paciente com a sua família, envolvendo-a no tratamento, sendo a frequência do indivíduo ao CAPS determinada conforme a sua necessidade. Exclui-se, portanto, a distinção em lados (ou alas) em relação aos pacientes que se envolveram criminalmente ou não, pois isso não coopera para o bom prognóstico, muito pelo contrário, pois, se o tratamento é o mesmo para todos, se faz insensata a discriminação e criação de novas segregações. Assim, o instrumento da desintegração progressiva guarda-se somente aos pacientes muito dependentes da

instituição, como menciona a lei.

4. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Jéssica Pascoal Santos. Inclusão social em medida de segurança: modelos e práticas envolvendo pessoas com transtorno mental implicadas com a Justiça Criminal. 2019. 207 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro: Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019.

ASSEMBLEIA Legislativa do Estado de São Paulo. 2021. A Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo mantém a mais completa Base de Legislação Paulista, atualizada diariamente pela Divisão de Biblioteca e Documentação, abrangendo dados desde a criação da Assembleia Provincial, em 1835. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/alesp/pesquisa-legislacao/>>. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Relatório da I Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da realidade manicomial brasileira. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/comissoes/cdhm/relatorios/Apresenta.html>>. Acesso em: 25 out. 2020.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Rio de Janeiro, DF, dez. 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Lei 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, abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 18 mai. 2020.

BRASIL. Lei Nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, DF, 11 jul. 1984. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm>. Acesso em: 18 mai. 2020.

CARVALHO, Saulo de. Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

CIA, Michele. A alta e a desinternação progressivas como forma de efetivação dos direitos fundamentais dos inimputáveis no sistema penal brasileiro. Revista do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, Brasília, n. 19, p. 183-197, jul./dez.. 2006. Disponível em: http://200.205.38.50/biblioteca/index.asp?codigo_sophia=123926. Acesso em: 9 jan. 2021.

CIA, Michele. Medidas de segurança no direito penal brasileiro: a desinternação progressiva sob uma perspectiva político-criminal. São Paulo: Editora Unesp, 2011

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução nº113, 2010. Ministro Gilmar Mendes. Brasília, DF.

DINIZ, Débora. A Custódia e o Tratamento Psiquiátrico no Brasil: Censo 2011. Brasília, DF: Letras Livres – Editora UnB. 2013.

EM NOME DA RAZÃO. Direção: Helvécio Ratton. Produção: Grupo Novo de Cinema e TV e Associação Mineira de Saúde Mental. Belo Horizonte: Quimera filmes: 2009. CD.

FERRARI, Eduardo Reale. As medidas de segurança criminais e sua progressão executória: desinternação progressiva. In: SHECAIRA, Sérgio Salomão (Org.). Estudos criminais em homenagem a Evandro Lins e Silva: criminalista do século. São Paulo: Método, 2001. 367 p. ISBN 85-86456-18-7. Disponível em: http://200.205.38.50/biblioteca/index.asp?codigo_sophia=8729. Acesso em: 9 jul. 2021. p. 127-133. Disponível em: http://200.205.38.50/biblioteca/index.asp?codigo_sophia=1912. Acesso em: 10 dez. 2020.

FERRARI, Eduardo Reale. Medidas de segurança e direito penal no Estado Democrático de direito. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001b.

FOUCAULT, Michel. História da loucura: História da Loucura na Idade Clássica. Perspectiva, 1972.

JUNQUEIRA, Gustavo; VANZOLINI, Patrícia. Manual de direito penal: parte geral: Medida de segurança. 5. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019. p. 681-697.

KARAM, Maria Lúcia. Medida de segurança: punição do enfermo mental e violação da dignidade. Revista Verve. PUC - São Paulo, v. 2, p. 210-224, 2002.

LEVORIN, M. P. Princípio da legalidade na medida de segurança: determinação do limitemáximo de duração da internação. São Paulo: Juarez de Oliveira, p.150, 2003.

MATTOS, Virgílio de. Crime e psiquiatria Uma saída: Preliminares para a desconstrução das medidas de segurança. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 113, de 20 de abril de 2010. Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências. Disponível em: <<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/136>> . Acesso em: 28 dez. 2020.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 5, de 4 de maio de 2004. Dispõe a respeito das diretrizes para o cumprimento das medidas de segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/cnpcp/main.asp?View={28D9C630-49B2-406B-91600C04F4BDD88E}>>. Acesso em: 17 mar. 2021

MOREIRA, Adilson José. O que é discriminação?. 1. ed. Belo Horizonte: Casa do direito, 2017.

PARA onde vai quem comete crime e sofre de doença mental. Grupo Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário. 2018. Disponível em: http://gmf.tjrj.jus.br/noticias/noticia/-/visualizar_conteudo/5265985/5902838#:~:text=Atualmente%2C%20segundo%20o%20Sistema%20Geopres%20ADdios,estado%20podem%20ser%20acessados%20aqui.>. Acesso em: 19 set. 2020.

PASTORAL CARCERÁRIA, Grupo de Trabalho Saúde Mental e Liberdade Pastoral Carcerária da Arquidiocese de São Paulo, Hospitais-Prisão: notas sobre os manicômios judiciários de São Paulo. São Paulo: Pastoral Carcerária, 2018.

REIS JÚNIOR, Almir Santos. Impactos da Lei Antimanicomial às medidas de segurança. Enciclopédia jurídica da PUC-SP. Celso Fernandes Campilongo, Alvaro de Azevedo Gonzaga e André Luiz Freire (coords.). Tomo: Direito Penal. Christiano Jorge Santos (coord. de tomo). 1. ed. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/433/edicao-1/impactos-da-lei>>

antimanicomial-as-medidas-de-seguranca> Acesso em: 22 fev. 2021.

SÁ, Alvino Augusto de. Prisionização: um dilema para o cárcere e um desafio para a comunidade. Revista Brasileira de Ciências Criminais, São Paulo, v. 6, n. jan/mar. 1998, p. 117-123, 1998

SÁ, Alvino Augusto de. Criminologia Clínica e Execução Penal: Proposta de um Modelo de Terceira Geração. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

SAP-SP: Hospitais, 2021. Descrição de informações técnicas acerca dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de São Paulo Disponível em: <<http://www.sap.sp.gov.br/uni-prisionais/hos.html###>>. Acesso em: 30 mai. 2021

SÃO PAULO. Conselho Regional de Medicina do Estado de. Hospital de custódia: prisão sem tratamento – fiscalização das instituições de custódia e tratamento psiquiátrico do Estado de São Paulo / Organização de Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo, 2014.

SÃO PAULO. Decreto nº 46.046, de 23 de agosto de 2001. *Cria e organiza, na Secretaria da Administração Penitenciária, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha. São Paulo, ago. 2001. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2001/decreto-46046-23.08.2001.html>>. Acesso em: 29 out. 2020*

SÃO PAULO. Decreto nº 24.511, de 13 de maio de 1955. *Designa os estabelecimentos carcerários que constituem o Departamento de Presídios do Estado, para efeito de internação e desinternação. São Paulo, mai. 1955. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1955/decreto-24551-13.05.1955.html>>. Acesso em: 29 out. 2020*

SEN, Amartya Kumar. Desigualdade Reexaminada. 2.ed. Rio de Janeiro: Record, 2008.

URRUELA MORA, A. Los principios informadores del derecho de medidas en el código penal de 1995. Revista de Derecho Penal y Criminología, Madrid, n.8, p.167-94, jul. 2001.

Contatos: thaisa-sier1@hotmail.com e jessica.pascoal@hotmail.com