

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

**RENATO SANTOS GONÇALVES**

**MEDIDAS DE SEGURANÇA NO BRASIL: análise sob a perspectiva bioética dos  
Direitos Humanos dos Pacientes**

**BRASÍLIA**

**2023**

**RENATO SANTOS GONÇALVES**

**MEDIDAS DE SEGURANÇA: análise sob a perspectiva bioética dos Direitos  
Humanos dos Pacientes**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor (a) em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Aline Albuquerque Sant'Anna de Oliveira

**BRASÍLIA**

**2023**

## FICHA CATALOGRÁFICA

GONÇALVES, Renato Santos.

MEDIDAS DE SEGURANÇA NO BRASIL: análise sob a perspectiva bioética dos Direitos Humanos dos Pacientes / Renato Santos GONÇALVES. – Brasília: Universidade de Brasília, 2023.

187p.

Tese (doutorado) – Universidade de Brasília.  
Programa de Pós-Graduação em Bioética. Brasília, 22 de julho de 2023.

Palavras-chave: medidas de segurança; saúde mental; pacientes judiciários; Direitos Humanos dos Pacientes; Bioética dos Direitos Humanos.

I Título: MEDIDAS DE SEGURANÇA NO BRASIL: análise sob a perspectiva bioética dos Direitos Humanos dos Pacientes.

CDD – 658.81

**RENATO SANTOS GONÇALVES**

**MEDIDAS DE SEGURANÇA NO BRASIL: análise sob a perspectiva bioética dos  
Direitos Humanos dos Pacientes**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Aprovada em:

**BANCA EXAMINADORA**

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Aline Albuquerque Sant'Anna de Oliveira - Presidente  
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Camilo Hernan Manchola Castillo  
Universidade de Brasília

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciana Barbosa Musse  
Centro Universitário de Brasília – CEUB

Prof. Dr. Bráulio de Magalhães Santos  
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosane Freire Lacerda  
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

*Dedico este trabalho a minha família, meus  
alunos e minhas alunas.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, o Poder Maior, concebido por mim como Consciência Universal, Fonte da Vida, no qual vivo, me movo e existo, minha mais profunda gratidão. (At. 17:28).

À minha família: meu pai, Osvaldo Gonçalves; minha mãe, Maria Inês dos Santos Gonçalves; minha irmã Alessandra Santos Gonçalves, meu cunhado Plínio De Marchi Júnior; minha sobrinha Helena Gonçalves De Marchi e sobrinho Pedro Gonçalves De Marchi. Minha eterna gratidão pela fé em mim e em meu potencial. Vocês são o porto seguro para onde sempre poderei regressar.

Ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília e a todo o seu corpo docente e discente, pelas contínuas oportunidades de troca de experiências e conhecimentos, de capacitação e de vivência da educação para a cidadania. Nesse universo imergi, como aluno, em todas as potencialidades da universidade pública.

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Aline Albuquerque Sant'Anna de Oliveira, pelos direcionamentos e sugestões, sempre atentos e pacientes. Seu trabalho renova e inspira minhas atividades docentes.

À Universidade Federal de Juiz de Fora, pela liberação para a capacitação no PPG Bioética e pela oportunidade de realizar o sonho de docência e de compor e participar dos ideais da universidade pública brasileira.

A meus colegas docentes do Departamento de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus GV, pela interlocução, fortalecimento de redes de apoio, e construção de um projeto de formação jurídica de qualidade no interior do Brasil. Agradeço também a meus alunos e minhas alunas; a força de seus ideais impulsiona o meu trabalho e renova minha busca por uma sociedade mais justa e igualitária.

Por fim, a meus amigos e minhas amigas, meus familiares por eleição. Sou grato pela preocupação e suporte em todos os momentos. Vocês foram essenciais para a finalização desta etapa de minha jornada. Minha gratidão se estende a todas e todos que cruzaram meu caminho, semeando força, fé e esperança durante este ciclo. Represento vocês por meio de algumas homenagens especiais: Vinícius Weitzel Novaes, pela torcida por meu sucesso, companhia fraterna e por ser meu anfitrião brasiliense. Carlos Mayke, pela disposição e apoio no início de todo esse processo. Tayara Talita Lemos, Nara Pereira Carvalho e Kelliny Gomes Silva, por não desistirem e intervirem quando necessário. Nayara Rodrigues Medrado, pelas parcerias de trabalho e da vida. Everaldo de Toledo, pela oportunidade de compartilhar sempre força, fé e esperança diante da vida; o melhor sempre estará por vir. André Queiroz Medeiros, pelo compromisso constante e auxílio no meu encontro de novos caminhos. Robson Eustáquio Evangelista e Terezinha Kawata, pelo incansável suporte espiritual. Nereida Maria Santa Rosa Rodrigues, pelo acolhimento e referência contínua de família e de fraternidade.

A todos e todas, minha gratidão.

*Já podaram seus momentos  
Desviaram seu destino  
Seu sorriso de menino  
Quantas vezes se escondeu.  
Mas renova-se a esperança  
Nova aurora a cada dia  
E há que se cuidar do broto  
Pra que a vida nos dê flor e fruto.*

*Coração de Estudante (Milton Nascimento e Wagner Tiso).*

## RESUMO

Tese de doutorado sobre as medidas de segurança no Brasil, analisadas sob a perspectiva bioética dos Direitos Humanos, com marco teórico nos Direitos Humanos dos Pacientes. O objetivo geral é analisar o regime jurídico dos pacientes judiciários no Brasil, e os específicos, verificar a implementação e a aplicação dos DHP a esses pacientes no Brasil, comparar a situação normativa deles em relação às experiências de outros países, propor alternativas para as contradições das medidas de segurança no Brasil. Pesquisa teórica, cuja metodologia envolve revisão bibliográfica, análise normativa brasileira e estrangeira, com a discussão e delimitação dos conceitos e dados indiretos pertinentes. Foi realizada análise da Reforma Psiquiátrica Brasileira, suas propostas e tensionamento frente às medidas de segurança de internação no Brasil. A partir desse arcabouço teórico e normativo, é construída uma análise de jurisprudência do Sistema Internacional Direitos Humanos, a incorporação e aderência da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e suas propostas pelos países, além da implementação das iniciativas da Organização Mundial de Saúde em relação à saúde mental, especialmente no que diz respeito aos pacientes judiciários. Com uma reforma psiquiátrica de pouco mais de duas décadas, o Brasil ainda não a implementou em benefício dos pacientes judiciários, tornando-se necessário a ampliação do debate sobre essa realidade, para a efetivação de políticas públicas e modificação legislativa, de modo a sintonizá-las com práticas mais modernas e alinhadas aos Direitos Humanos dos Pacientes, superando então diferenças entre pacientes psiquiátricos em geral e pacientes judiciários no Brasil.

**Palavras-chave:** medidas de segurança; saúde mental; pacientes judiciários; Direitos Humanos dos Pacientes; Bioética dos Direitos Humanos.

## **ABSTRACT**

Doctoral thesis on security measures in Brazil, analyzed through the bioethical perspective of Human Rights, with the theoretical framework of Patient's Human Rights. The general objective is to analyze the legal framework of forensic patients in Brazil, and the specific objectives are to examine the implementation and application of Patient's Human Rights for these patients in Brazil, compare their normative situation with experiences in other countries, and propose alternatives to the contradictions of security measures in Brazil. This is a theoretical research study, employing the methodological approach of literature review, analysis of Brazilian and foreign norms, and the discussion and delimitation of relevant concepts and indirect data. An analysis of the Brazilian Psychiatric Reform, its proposals, and the tensions it faces in relation to security measures of hospitalization in Brazil has been conducted. Building upon this theoretical and normative framework, a jurisprudential analysis of the Human Rights International System is managed, encompassing the incorporation and adherence to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its country-specific proposals, as well as the implementation of World Health Organization initiatives in relation to mental health, particularly regarding forensic patients. Despite having undergone a psychiatric reform for just over two decades, Brazil has not yet fully implemented it for the benefit of forensic patients, necessitating an expansion of the debate surrounding this reality in order to effectuate public policies and legislative modifications that align with more modern practices and uphold the Patient's Human Rights, thus overcoming the disparities between general psychiatric patients and judicial patients in Brazil.

**Keywords:** security measures; mental health, forensic patients; Patient's Human Rights; Human Rights Bioethics.

## LISTA DE SIGLAS

|            |  |
|------------|--|
| Abrasco    | Associação Brasileira de Saúde Coletiva  |
| ACR        | Avaliação Colaborativa de Riscos   |
| CAPS       | Centro de Assistência Psicossocial   |
| CG         | Comentário Geral   |
| CPF        | Conselho Federal de Psicologia   |
| CP         | Código Penal   |
| Comitê DPD | Comitê sobre os direitos das pessoas com deficiência   |
| CDPD       | Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência  |
| DA         | Diálogo Aberto   |
| CNJ        | Conselho Nacional de Justiça   |
| DHP        | Direitos Humanos dos Pacientes   |
| DUBDH      | Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos  |
| DUDH       | Declaração Universal dos Direitos Humanos  |
| HCTP       | Hospital de Custódia de Tratamento Psiquiátrico  |
| Inamps     | Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social  |
| INPS       | Instituto Nacional de Previdência Social   |
| INSS       | Instituto Nacional de Seguridade Social  |
| LGPD       | Lei Geral de Proteção de Dados   |
| MNLA       | Movimento Nacional de Luta Antimanicomial  |
| MS         | Medida de Segurança  |
| NHS        | National Health Service  |
| OMS        | Organização Mundial de Saúde   |
| ONU        | Organização das Nações Unidas  |
| PAJ        | Paciente Judiciário  |
| PNAISP     | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional |
| RAPS       | Rede de Assistência Psicossocial   |
| RT         | Residências Terapêuticas   |
| STF        | Supremo Tribunal Federal   |
| StGB       | Strafgesetzbuch  |
| STJ        | Superior Tribunal de Justiça   |
| SUS        | Sistema Único de Saúde   |

|        |  |
|--------|--|
| TDA    | Tomada de decisão apoiada  |
| TDC    | Tomada de decisão compartilhada                                      |
| Unesco | Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura |

## SUMÁRIO

|        |  |    |
|--------|--|----|
| 1.     | INTRODUÇÃO.....  | 15 |
| 2.     | MEDIDAS DE SEGURANÇA.....  | 28 |
| 2.1.   | Medidas de Segurança no Brasil.....  | 28 |
| 2.1.1. | Delimitação conceitual.....  | 30 |
| 2.1.2. | Requisitos das medidas de segurança no Brasil.....   | 31 |
| 2.1.3. | Procedimento de aplicação das medidas de segurança.....  | 33 |
| 2.1.4. | Modalidades de medidas de segurança.....   | 34 |
| 2.1.5. | Locais de Internação e Tratamento.....   | 37 |
| 2.2.   | MEDIDAS DE SEGURANÇA: A experiência internacional.....   | 38 |
| 2.2.1. | Alemanha.....  | 39 |
| 2.2.2. | Espanha.....   | 40 |
| 2.2.3. | Inglaterra e País de Gales.....  | 42 |
| 2.2.4. | Itália.....  | 44 |
| 2.2.5. | Portugal.....  | 46 |
| 2.2.6. | Holanda.....   | 47 |
| 2.2.7. | França.....  | 49 |
| 2.3.   | Possibilidades para as medidas de segurança no Brasil a partir da experiência internacional..... | 50 |
| 3.     | Reforma psiquiátrica no Brasil e medidas de segurança.....                                       | 54 |
| 3.1.   | O precedente da Reforma Sanitária.....   | 54 |
| 3.2.   | A luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica.....  | 56 |
| 3.2.1. | A Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira e seu novo modelo de internações.....                   | 61 |
| 3.2.2. | Rede de Atenção Psicossocial.....  | 62 |
| 3.3.   | Dissonância entre a Lei Penal e a Reforma Psiquiátrica.....                                      | 66 |
| 3.4.   | Periculosidade e Direitos Humanos.....   | 67 |
| 4.     | BIOÉTICA BASEADA NOS DIREITOS HUMANOS APLICADA À MEDIDA DE SEGURANÇA.....                        | 73 |

|        |   |     |
|--------|---|-----|
| 4.1.   | Direitos Humanos: delimitação conceitual.....   | 73  |
| 4.2.   | Direitos Humanos e Bioética: uma perspectiva de integração.....   | 75  |
| 4.2.1. | Dignidade Humana.....   | 79  |
| 4.2.2. | Vulnerabilidade.....  | 82  |
| 4.3.   | Bioética baseada em Direitos Humanos, saúde mental e Medidas de Segurança....   | 85  |
| 5.     | Referencial teórico-normativo dos Direitos Humanos aplicado às medidas de segurança: a Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD)..... | 89  |
| 5.1.   | Comentários gerais do Comitê DPD.....   | 97  |
| 5.1.1. | Comentário Geral nº 1.....  | 98  |
| 5.1.2. | Comentário Geral nº 5.....  | 104 |
| 5.1.3. | Comentário Geral nº 6.....  | 105 |
| 5.2.   | Diretrizes sobre o artigo 14 da CDPD.....   | 106 |
| 5.3.   | Iniciativa <i>Quality Rights</i> .....  | 112 |
| 5.4.   | Panorama atual após a CDPD e o <i>Quality Rights</i> .....  | 113 |
| 6.     | DIREITOS HUMANOS DOS PACIENTES E MEDIDAS DE SEGURANÇA: UMA APROXIMAÇÃO NECESSÁRIA.....  | 117 |
| 6.1.   | DIREITO À VIDA.....   | 126 |
| 6.2.   | DIREITO À SAÚDE.....  | 127 |
| 6.3.   | DIREITO AO RESPEITO PELA VIDA PRIVADA.....  | 131 |
| 6.4.   | DIREITO À INFORMAÇÃO.....   | 134 |
| 6.5.   | DIREITO DE NÃO SER DISCRIMINADO.....  | 137 |
| 6.6.   | DIREITO A NÃO SER SUBMETIDO A TORTURA, NEM A PENAS OU TRATAMENTOS CRUÉIS, DESUMANOS OU DEGRADANTES.....   | 139 |
| 6.7.   | DIREITO À LIBERDADE E À SEGURANÇA PESSOAL.....  | 141 |
| 6.8.   | ALTERNATIVAS ÀS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO BRASIL.....   | 147 |
| 6.8.1. | Diálogo Aberto (DA).....  | 148 |
| 6.8.2. | Análise Colaborativa de Riscos (ACR).....   | 151 |
| 6.9.   | PNAISP, Resolução 487/2023 e os DHP: possibilidades e perspectivas.....   | 154 |

|    |                           |     |
|----|---------------------------|-----|
| 7. | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 172 |
|----|---------------------------|-----|

## 1. INTRODUÇÃO

A saúde mental é um campo de estudo e práticas que tem sido alvo de crescentes reflexões e debates ao redor do mundo. Há uma demanda gradativa pela promoção de saúde física e mental para que alcance o melhor patamar possível, independentemente do quadro clínico apresentado. A saúde mental é uma das metas para o desenvolvimento sustentável propostas pela Organização das Nações Unidas (ONU) e demanda enfrentamentos necessários para a mudança de perspectiva de compreensão acerca dos pacientes psiquiátricos (1).

No Atlas Mundial da Saúde Mental (1), a Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca que os países não cumpriram as metas necessárias, impedindo pacientes de obterem o suporte necessário. Há um plano de ação da OMS para a saúde mental no período compreendido entre 2013 e 2030, que é desenvolvido de forma articulada às propostas da ONU para o desenvolvimento sustentável. Isso estimula a discussão e monitoramento da questão ao redor do mundo; a elaboração periódica dos Atlas também auxilia esse processo, por meio da apresentação de dados em escala global (1).

Os dados, publicados em 2021 e com registros de 171 países, demonstram que, apesar da boa vontade na mudança de leis e na apresentação de relatórios por parte dos países, persistem dificuldades relacionadas ao financiamento, bem como uma desconexão entre a elaboração de políticas e planos e a sua efetiva implementação e monitoramento, que reverbera na limitação dos direitos dos pacientes psiquiátricos (1).

Houve um incremento de 76% do número de relatórios dos Estados-membros em relação ao Atlas anterior; os relatórios abrangem os indicadores de políticas em saúde mental, direito e saúde mental, programas de promoção e prevenção à saúde mental, disponibilidade de serviço e equipes de profissionais ligadas à saúde mental. Apesar da necessidade de cuidados em saúde mental no ambiente comunitário (tópico que será oportunamente abordado neste estudo), 25% dos países preencheram todos os critérios para integração entre saúde mental e atenção primária à saúde (1).

No que diz respeito à proteção jurídica dos pacientes psiquiátricos, 75% dos Estados-membros têm apenas uma política ou plano para saúde mental e 57% dos Estados têm uma lei de proteção à saúde mental. Quanto à alteração de

políticas públicas e leis, 46% dos países atualizaram, desde 2017, políticas públicas e planos, ao passo que 27% atualizaram suas leis de saúde mental. Entretanto, apenas 19% alocaram os recursos necessários para a implementação das atualizações (1).

Em relação ao Brasil, o Atlas informa que a taxa de suicídios a cada 100 mil pessoas aumentou de 5,41 para 6,41, entre 2013 e 2019; foram publicados, em 2019, 419 artigos científicos sobre saúde mental, o que corresponde a 5,37% das pesquisas científicas (em 2013 era 5,75%). A pesquisa em saúde mental brasileira, em 2019, correspondia a 6,3% da pesquisa sobre o tema no cenário regional. (1).

Embora o Atlas de Saúde Mental da ONU informe que a lei está de acordo com as normas internacionais de Direitos Humanos, o que se verifica na prática é que não há alocação de recursos humanos e financeiros adequados para a implementação dos dispositivos legais. O Atlas também afirma que o investimento em saúde mental corresponde a 1,6% do gasto público com saúde e sugere a existência de mecanismos independentes de monitoramento e fiscalização do cumprimento da lei, das políticas públicas em saúde mental e de sua aderência aos parâmetros internacionais de Direitos Humanos (1)

O Brasil possui lei de proteção aos pacientes psiquiátricos. Trata-se da Lei nº 10.216/2001 (2), também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, por ser resultado, entre outros fatores, de um movimento que buscava a modificação das normas relativas ao cuidado em saúde mental, também conhecido como movimento da luta antimanicomial.

Além dessa proteção legislativa interna, a saúde mental brasileira também pode contar com o referencial teórico normativo dos Direitos Humanos dos Pacientes (DHP), apto à proteção, promoção e fundamentação de direitos e aspectos bioéticos ligados à saúde. Trata-se de um “modelo bioético de análise e resolução de conflitos nos cuidados em saúde”, nas palavras de Albuquerque *et al.* (3). O referencial teórico-normativo vem sendo desenvolvido por pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília desde 2016. Consistindo a saúde mental em uma especialidade do campo da saúde, os DHP se apresentam como meio apto a direcionar as reflexões em saúde mental que serão apresentadas neste trabalho.

Os DHP englobam princípios, tratados e declarações internacionais de Direitos Humanos, além da respectiva jurisprudência internacional, elaborada pelos órgãos de monitoramento do sistema de proteção dos Direitos Humanos da ONU, do Sistema Interamericano de Direitos Humanos, do Sistema Europeu de Direitos Humanos e do Sistema Africano de Direitos Humanos. No que diz respeito aos Direitos Humanos aplicáveis aos cuidados em saúde dos pacientes, destacam-se o direito à vida; o direito à saúde; o direito a não ser submetido a tortura, penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes; o direito à liberdade e segurança pessoal; o direito à privacidade; o direito de informação; e o direito de não ser discriminado. Os princípios que fundamentam os DHP são os do cuidado centrado no paciente, dignidade, autonomia relacional e responsabilidade do paciente (4). Demonstra-se então uma rede de proteção teórico-normativa aplicável aos pacientes, dentre eles os pacientes psiquiátricos. O universo dos pacientes psiquiátricos, por sua vez, contém o grupo de pacientes psiquiátricos que cometem atos ilícitos na esfera criminal. Trata-se dos pacientes em cumprimento de medidas de segurança (MS), doravante denominados pacientes judiciários (PAJ).

Os ilícitos criminais praticados pelos PAJs não são tecnicamente crimes, conforme será observado. Por não ser crime, a lei penal brasileira entende que não lhes pode ser aplicada uma pena. Entretanto, é necessária uma sanção, uma resposta do Estado ao ato praticado, cujo nome é medida de segurança (MS). As MSs são cumpridas por prazo indeterminado e por meio de tratamento ambulatorial ou por internação em Hospital de Custódia de Tratamento Psiquiátrico (HCTP) (5). O presente trabalho tem como foco de estudo as MS de internação, pois há uma contradição normativa entre o Código Penal brasileiro (5), que vê na internação psiquiátrica uma regra, e a Lei da Reforma Psiquiátrica (2), que permite a internação em situações excepcionais e por um período muito menor do que o previsto no Código Penal.

A necessidade de pesquisa sobre as MS fica mais evidente a partir do momento em que a situação de seu cumprimento no Brasil é verificada. No ano de 2020, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Ministério Público e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, em inspeção nacional, constataram que há MSs sendo cumpridas em hospitais psiquiátricos comuns, ante a falta de vagas em HCTPs. Há relatos de casos no Maranhão, Minas Gerais

e Rio de Janeiro, em que o Poder Judiciário não autorizou a saída dos pacientes, a despeito do posicionamento favorável do corpo clínico. Afirma o CFP e demais instituições que há uma “interação conflituosa estabelecida entre o Poder Judiciário e as instituições psiquiátricas, de modo que o resultado desse conflito tem como consequência a violação de direitos da pessoa internada” (6).

A superlotação dos HCTPs pode ser exemplificada no HCTP Franco da Rocha I, em SP; em sua ala masculina, ele tem capacidade para 60 pacientes, mas conta com 199 internados. O HCTP de Pernambuco tem capacidade de internação de 320 pacientes, mas possui 584 internados. Em Goiás, as MS são cumpridas em ala separada no Presídio Regional de Antônio Garrote, cuja capacidade é de 252 pacientes; atende, entretanto, no momento da pesquisa, 418 (7).

O CFP, o Ministério Público e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura afirmam que há uma média de um quarto de superlotação nos HCTPs e outras unidades de internação não previstas na lei competente. A situação mais dramática é a do estado do Maranhão. O Relatório de inspeção aos hospitais psiquiátricos ora referenciado espera que as Defensorias Públicas e Ministérios Públicos atuem perante o Poder Judiciário em virtude das violações a direitos verificadas (6).

Necessário esclarecer então que o critério de definição entre a internação e respectivo confinamento e o tratamento ambulatorial e integração comunitária dependem da gravidade do ato praticado, e não do quadro clínico do indivíduo. A lei penal brasileira afirma não penalizar tecnicamente o agente com transtorno mental, mas o critério para a sua internação é a gravidade do ato praticado, evidenciando uma possível contradição que merece ser pesquisada.

A percepção de que a MS de internação representa na prática uma punição tornou-se alvo de investigação a partir da década de setenta (8). De acordo com Amarante e Torre (9) e Fioritti (10), a partir da segunda metade do século XX as denominadas instituições totais (dentre elas os manicômios) passaram a ser denunciadas, e alternativas teóricas aos modelos tradicionais que as sustentavam passaram a ocupar os espaços vinculados à saúde mental (10).

Nesse contexto, movimentos de reforma psiquiátrica começam a proliferar, inicialmente na Europa. A Itália é precursora nesse movimento, tendo modificado sua legislação de saúde mental em 1978. Este processo de reforma terminou o

seu maior ciclo em 2017, exatamente com os PAJs, uma vez que o acesso destes pacientes às reformas ocorreu num momento posterior. E em 2017 foi fechado o último hospital psiquiátrico judiciário (11).

Segundo Fioritti (10), nos anos 1950, a opinião pública italiana ignorava a situação dos pacientes psiquiátricos. Práticas que envolviam eletrochoque, lobotomia, banhos gelados, camisas de força, eram rotineiras. Pacientes psiquiátricos até então geralmente ficavam a vida toda internados. Em 1965, Franco Basaglia, psiquiatra italiano, começou a questionar esse modelo tradicional e criou serviços comunitários, para combater o que chamava de “coisificação dos pacientes” no manicômio (10).

Em 1968, foi aprovada uma reforma psiquiátrica parcial na Itália, e em 1978, o parlamento aprovou a reforma geral, que incluiu os serviços de saúde mental no contexto (inclusive normativo) do Sistema Nacional de Saúde Pública. A reforma buscava a desinstitucionalização dos pacientes, cujos cuidados em saúde mental seriam prestados comunitariamente e pautados pelo respeito aos direitos dos pacientes (11).

Havia uma nova lógica que não entendia o transtorno mental e a periculosidade social de forma vinculada. Esse estado de coisas foi resultado da articulação não apenas entre psiquiatras, mas também entre políticos, jornalistas e formadores de opinião. Houve a harmonização de posicionamentos distintos, que oscilavam entre reformadores moderados e radicais. Outros países europeus e os Estados Unidos da América possuíam movimentos antimanicomiais, com alguma resistência por parte dos psiquiatras. Na Itália, contudo, as escolhas e as mudanças envolvendo o cuidado em saúde mental foram mais profundas e oferecidas pelo serviço público de saúde (11).

O fechamento dos hospitais psiquiátricos foi um processo realizado em fases, inversamente proporcional à construção de redes comunitárias de cuidado em saúde mental, em vários níveis de proteção. Em 1997, foram fechados os hospitais tradicionais. Em 2008, foi dado início ao fechamento dos hospitais psiquiátricos forenses, com PAJs. A internação em virtude de MSs foi a última a ser desativada. O processo iniciou-se com a transferência de todos os serviços da administração penitenciária para o serviço público de saúde, que tinha a meta de fechamento de todos os hospitais. Novas internações por meio de MSs foram proibidas na Itália em abril de 2015, e o último PAJ saiu do último hospital

psiquiátrico forense em abril de 2017. Essa foi a última etapa da desinstitucionalização psiquiátrica na Itália (11, 12).

No Brasil, no que diz respeito às MSs de internação, essa modificação ainda não ocorreu, a despeito de a legislação brasileira em saúde mental ter sido alterada em 2001 e ser fundamentada na desinstitucionalização dos pacientes, com preferência tratamento comunitário. Excepcionalmente, internações são admitidas, em casos de crise e com prazo determinado de duração, fundamentadas no caso clínico e não necessariamente a atos praticados (2). As MS de internação, conforme poderá ser observado, são cumpridas por longos períodos e em desacordo com a legislação afeta à saúde mental (5).

A Lei da Reforma Psiquiátrica (2) alterou o estatuto jurídico e a lógica de tratamento dos pacientes psiquiátricos, centrando neles o cuidado em saúde, privilegiando o respeito à sua autonomia e o protagonismo nas decisões ligadas ao processo terapêutico. Assim, apresenta um potencial de abertura de importantes caminhos de superação da lógica presente no cumprimento das MSs, traduzida pelo modelo de internação ligado à institucionalização dos pacientes por longos períodos, superado pela Reforma Psiquiátrica (5).

Albuquerque (13) esclarece que, de acordo com a legislação brasileira em saúde mental, há três modalidades de internação. A primeira, voluntária, em que o próprio paciente decide pela internação. Há também a internação involuntária, determinada por médico, e a internação compulsória, determinada judicialmente. Portanto, os termos previstos na legislação brasileira para caracterizar a internação são involuntária, voluntária e compulsória. As MSs são enquadradas na espécie de internação compulsória, haja vista que são determinadas pelo juízo criminal. Há internações compulsórias de natureza cível, que não serão objeto de análise do presente trabalho.

De acordo com Albuquerque (13), as internações compulsórias são inexistentes no plano internacional. Não existe internacionalmente uma modalidade de internação motivada e fundamentada em decisão judicial, e não terapêutica. As internações compulsórias, portanto, não têm natureza de cuidado em saúde mental. Se assim o fosse, o Estado brasileiro violaria todos os ditames da OMS, ONU e outros organismos internacionais de proteção aos Direitos Humanos.

A determinação de internação de PAJs por autoridade judicial e sem intermediação do campo da saúde será um tópico importante do desenvolvimento deste estudo. Neste sentido, a viabilidade da internação sem o consentimento ou contra a vontade do paciente também, sob a perspectiva dos DHP, também será um elemento importante para a construção das reflexões propostas. (13). E esses são elementos que orbitam ao redor da percepção das MSs, cujo procedimento será objeto de estudo no próximo capítulo.

Torna-se necessário que a Lei de Reforma Psiquiátrica (2) e o dever imposto aos poderes constituídos de criar mecanismos de desinstitucionalização sejam aplicados para as MSs. Assim, torna-se possível que a visão sobre e do PAJ prevaleça sobre o quadro clínico. A Lei da Reforma Psiquiátrica pressupõe PAJ (uma espécie de paciente psiquiátrico) como sujeito de direitos com capacidade e autonomia para intervir no rumo do processo terapêutico (8). Conforme será desenvolvido neste trabalho, os DHP também preconizam que a capacidade decisional e a autonomia, se preciso, devem ser exercidas de forma apoiada, abolindo decisões em que um terceiro substitui o paciente no processo de tomada de decisão, silenciando-o (4). A mudança de enfoque tem o condão de retirar o PAJ de sua situação de submissão e passividade, apenas como objeto de intervenção ou contenção. Ele pode demonstrar seus sentimentos e tentar compreendê-los.

Observar-se-á que, embora se afirme que as MSs têm função de reabilitação e tratamento dos PAJs, essa premissa ainda carece de maior desenvolvimento na literatura científica nacional (1), de modo a estimular o seu alcance até os espaços de cumprimento e monitoramento das MSs, predominantemente fundamentados na lógica das internações compulsórias e na ideia de necessidade de contenção do paciente. Há que se refletir sobre a necessidade de controle punitivo do sujeito e a aplicação do tratamento médico preconizado pelas políticas públicas em saúde mental.

Os DHP consistem em um importante vetor de análise da questão, e consistem no referencial teórico-normativo dessa pesquisa, bem como fio condutor para a reflexão sobre o descompasso apresentado. Esse referencial viabiliza a abordagem bioética dos Direitos Humanos no contexto das MSs, especialmente a partir das proposições da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), de 2006 (14).

As proposições acerca dos fundamentos teóricos da CDPD, os Comentários Gerais (CGs), elaborados pelo Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Comitê DPD), além de material sobre saúde mental elaborado pela ONU e OMS, representam importantes fontes para a construção necessária para a condução da presente pesquisa. O recorte para o debate, portanto, é o da abordagem bioética dos Direitos Humanos. A discussão de questões psiquiátricas, criminológicas e penais não faz parte do escopo do trabalho. Destaca-se ainda que há um importante debate acerca do uso abusivo de substâncias entorpecentes e seus desdobramentos nos campos da saúde pública e do Direito, inclusive no que diz respeito às MSs. Este debate também ultrapassa os limites deste trabalho; há um foco definido de pesquisa, e a temática envolvendo drogas lícitas e ilícitas é complexa, a ponto de demandar pesquisas com este foco, de maneira especial e exclusiva.

O marco teórico adotado neste estudo se fundamenta nos estudos de Andorno, Albuquerque, Donnelly e Puras. Donnelly é adotado como referência em virtude da proposição de um modelo conceitual de Direitos Humanos aderido por este trabalho. Este modelo contribui para a percepção dos Direitos Humanos sob um prisma de aplicabilidade e proteção universal, obtido a partir da construção de consensos, essenciais em uma sociedade pluralista. Andorno, por sua vez, é referencial neste estudo porque através de sua proposta de incorporação dos Direitos Humanos à bioética, apresenta novas perspectivas para o enfrentamento de desafios e dilemas bioéticos em nível global de forma prática e efetiva.

Já Puras incorpora os referenciais deste estudo porque, além de ter sido relator especial sobre direito à saúde no Conselho de Direitos humanos da ONU, tem seu foco na intersecção entre Direitos Humanos e saúde mental, por meio da proposição de abordagens baseadas em direitos, defesa de reformas nos sistemas de saúde mental, além de enfrentar concepções enviesadas sobre o tema, liderando as contribuições para o avanço do entendimento e implementação dos direitos humanos nos cuidados em saúde mental. Albuquerque, por sua vez, analisa as relações entre bioética e Direitos Humanos, seus pontos de conexão e influência, além de desenvolver o referencial dos Direitos Humanos dos Pacientes, analisando-os a partir da experiência internacional e verificando seu alcance e potencialidades na realidade brasileira, através da mudança nos cuidados aos pacientes e propondo alterações

legislativas. Feitas essas considerações, segue tabela com as referências do presente estudo, no seguinte aos autores e autora mencionados, em ordem crescente de publicação, e em ordem alfabética:

Tabela 1 – Documentos publicados pelos autores e autora do referencial teórico-normativo, sobre o tema do presente estudo - continua

| AUTOR                 | TÍTULO   | ANO  |
|-----------------------|--|------|
| Albuquerque           | Direitos Humanos dos Pacientes.  | 2016 |
| Albuquerque           | Capacidade jurídica e Direitos Humanos.  | 2018 |
| Albuquerque           | Internação compulsória à luz dos Direitos Humanos dos Pacientes  | 2017 |
| Albuquerque, Paranhos | Direitos Humanos dos Pacientes e vulnerabilidade: o paciente idoso à luz da jurisprudência da Corte Europeia de Direitos Humanos.  | 2017 |
| Albuquerque           | Dignidade Humana: Proposta de uma abordagem bioética baseada em princípios.  | 2017 |
| Albuquerque et al     | Direitos Humanos dos pacientes como novo referencial da Bioética clínica.  | 2017 |
| Albuquerque           | Pesquisa com prontuário: análise ético-jurídica à luz dos Direitos Humanos dos Pacientes.  | 2019 |
| Albuquerque, Paranhos | Direitos Humanos dos Pacientes como instrumentos bioéticos de proteção das pessoas idosas.   | 2019 |
| Albuquerque, Barroso  | Curso de Direitos Humanos.   | 2021 |
| Albuquerque           | Direito do Paciente: fundamentos teóricos do novo ramo jurídico.   | 2022 |
| Andorno               | <i>Human Dignity and Human Rights as a Common Ground for a Global Bioethics.</i>   | 2009 |
| Andorno               | <i>A human rights approach to bioethics.</i>   | 2016 |
| Andorno               | <i>Is vulnerability the foundation of human rights?</i>  | 2016 |
| Andorno               | <i>The role of UNESCO in promoting universal human rights.</i>   | 2018 |
| Andorno               | <i>La dignidad humana como principio biojurídico y como estándar moral de la relación médico-paciente.</i>   | 2019 |
| Donnelly, Whelan      | <i>International Human Rights</i>  | 2020 |
| Donnelly              | <i>Concept of human rights</i>   | 2021 |
| Puras, Hannah         | <i>Prioritising rights-based mental health care in the 2030 Agenda.</i>  | 2019 |
| Puras et al           | <i>Reducing coercion in mental healthcare.</i>   | 2019 |
| Puras, Gooding        | <i>Mental health and human rights in the 21st century.</i>   | 2019 |
| Puras et al           | <i>Reimagining the mental health paradigm for our collective well-being.</i>   | 2020 |
| Puras et al           | <i>Establishing good practice for human rights-based approaches to mental health care and psychosocial support in Kenya.</i>   | 2020 |
| Puras et al           | <i>Crisis response as a human rights flashpoint: Critical elements of community support for individuals experiencing significant emotional distress.</i>                                 | 2020 |
| Puras et al           | <i>The WHO QualityRights initiative: building partnerships among psychiatrists, people with lived experience and other key stakeholders to improve the quality of mental healthcare.</i> | 2020 |

Tabela 1 – Documentos publicados pelos autores e autora do referencial teórico-normativo, sobre o tema do presente estudo - conclusão

É importante também destacar o recorte normativo que o estudo que ora se propõe possui em seu escopo de análise. Os DHP incorporam em suas propostas os debates que envolvem instrumentos normativos no âmbito internacional. No que diz respeito aos PAJs, serão examinados documentos que articulam saúde mental e Direitos Humanos, a saber: CDPD, comentários gerais realizados à CDPD, jurisprudência internacional sobre o tema, o Atlas de Saúde Mental, e as propostas do programa *Quality Rights* aplicáveis ao tema. Assim, segue nova tabela, com os documentos normativos sob análise, em ordem crescente de publicação:

Tabela 2 – Documentos do Sistema Internacional de Proteção dos Direitos Humanos, sobre o tema do presente estudo - continua

| ÓRGÃO   | TÍTULO   | ANO  |
|---|--|------|
| Assembléia Geral da ONU   | <i>Convention on the rights of persons with disabilities.</i>  | 2006 |
| Comitê DPD  | <i>General Comment on CRPD n. 1.</i>   | 2014 |
| Comitê de Direitos Humanos  | <i>General Comment No. 35 - Article 9: Liberty and Security of Person. CCPR/C/GC/35.</i>   | 2014 |
| Comitê contra a tortura   | <i>Concluding observations on the third periodic report of Lithuania.</i>  | 2014 |
| Comitê DPD  | <i>Guidelines on Article 14</i>  | 2015 |
| Grupo de Trabalho sobre detenção arbitrária                                     | <i>Guideline 20 - Specific measures for persons with disabilities.</i>   | 2015 |
| Alto Comissariado de Direitos Humanos   | <i>Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities on her mission to the Republic of Moldova</i>   | 2016 |
| Subcomitê de prevenção a tortura, e tratamentos desumanos, cruéis e degradantes | <i>Approach of the Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment regarding the rights of persons institutionalized and treated medically without informed consent.</i> | 2016 |
| Conselho de Direitos Humanos  | <i>Resolution on Mental Health and Human Rights. A/HRC/36/L.25.</i>  | 2017 |
| Comitê contra a tortura   | <i>Concluding observations on the third periodic report of Republic of Moldova</i>   | 2017 |
| Comitê DPD  | <i>General Comment on CRPD n. 5</i>  | 2017 |
| Comitê DPD  | <i>General Comment on CRPD n.6.</i>  | 2018 |
| Alto Comissariado de Direitos Humanos   | <i>Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health</i>   | 2018 |

|  |  |      |
|--|--|------|
| Alto<br>Comissariado<br>de Direitos<br>Humanos | <i>Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities (theme: the challenges faced by persons with disabilities to the enjoyment of their right to the highest attainable standard of health)</i> | 2018 |
| OMS  | <i>QualityRights materials for training, guidance and transformation.</i>  | 2019 |
| Alto<br>Comissariado<br>de Direitos<br>Humanos | <i>Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities to the 40th session of the Human Rights Council</i>   | 2019 |
| OMS  | <i>"Person-centred recovery planning for mental health and well-being: self-help tool: WHO QualityRights."</i>   | 2019 |
| OMS  | <i>Legal Capacity and the Right to Decide. WHO QualityRights Core Training: Mental Health and Social Services. Course Guide.</i>   | 2019 |
| OMS  | <i>Freedom from Coercion, Violence and Abuse. WHO QualityRights Core Training: Mental Health and Social Services.</i>  | 2019 |
| OMS  | <i>Mental health, disability and human rights. WHO QualityRights Core training - for all services and all people.</i>  | 2019 |
| OMS  | <i>Supported Decision-Making and Advance Planning. WHO QualityRights Specialized Training. Course Guide.</i>   | 2019 |
| Alto<br>Comissariado<br>de Direitos<br>Humanos | <i>Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health - Note by the Secretariat.</i>  | 2020 |
| Alto<br>Comissariado<br>de Direitos<br>Humanos | <i>Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health - Note by the Secretariat.</i>  | 2021 |
| OMS  | <i>Mental Health Atlas 2020.</i>   | 2021 |
| OMS  | <i>Guidance on Community Mental Health Services: Promoting Person-Centred and Rights-Based Approaches.</i>   | 2021 |
| Alto<br>Comissariado<br>de Direitos<br>Humanos | <i>Human Rights: A Basic Handbook for UN Staff.</i>  | 2022 |

Tabela 2 – Documentos do Sistema Internacional de Proteção dos Direitos Humanos, sobre o tema do presente estudo – conclusão

Considera-se o referencial apresentado como apto ao encaminhamento dos desafios ligados às MSs no Brasil. Esclarece-se que a compreensão da abordagem bioética baseada nos Direitos Humanos incorpora uma perspectiva universal, que compreende que todos os pacientes psiquiátricos são titulares de Direitos Humanos igualmente, independentemente da modalidade do serviço prestado, se de internação ou ambulatorial, se coercitivo ou voluntário.

Diante desse panorama, torna-se necessária a análise, à luz dos Direitos Humanos dos Pacientes, da confluência de vulnerabilidades sobre o PAJ, bem como a maneira em que essa intersecção de fatores coloca em risco a dignidade do PAJ, nos termos da concepção de dignidade escolhida neste trabalho. A ocorrência de instrumentalização, de reificação do PAJ, a perda de sua autonomia

e liberdade, o direito de decidir diante do tratamento de saúde, além da submissão à tortura ou tratamento cruel ou degradante nos HCTPs, são categorias que já se levantam para o debate.

O objetivo geral deste estudo, portanto, consiste em analisar o regime jurídico do paciente judiciário no Brasil, com base no referencial bioético dos Direitos Humanos dos Pacientes.

Os objetivos específicos são: verificar a implementação e a aplicação dos DHP aos PAJs no Brasil, comparar a situação normativa dos PAJs brasileiros em relação às experiências de outros países diante do tema, propor alternativas para as contradições das MSs no Brasil, e analisar a legitimidade das funções das medidas de segurança.

Trata-se de uma pesquisa teórica e documental. Este recorte metodológico está fundamentado na análise crítica e síntese de informações existentes em uma área específica do conhecimento. Por meio de uma revisão abrangente da literatura científica atualizada, documentos, relatórios e registros históricos, a pesquisa teórica e documental busca compreender teorias, modelos conceituais e identificar lacunas para propor novas abordagens. O objetivo central dessa abordagem é aprofundar o conhecimento existente, compreender conceitos-chave e fornecer uma visão crítica e coerente sobre um determinado campo científico. Ao identificar padrões, tendências e relações entre diferentes teorias e conceitos, a pesquisa teórica fornece uma base sólida para a formulação de perguntas de pesquisa e a ampliação do conhecimento nesse tema específico (15,16).

Este formato de pesquisa permite o acesso a uma ampla variedade de dados previamente coletados, fornecendo uma base sólida para a construção de novas teorias e modelos explicativos, ou refinamento dos existentes. Ao comparar diferentes pontos de vista, ela permite uma compreensão mais abrangente e aprofundada do campo de estudo em questão. Ao analisar criticamente a literatura existente, a pesquisa teórica também ajuda a identificar lacunas e direcionar futuras investigações. Em síntese, trata-se de uma ferramenta de produção do conhecimento científico, que fornece fundamentos para estudos posteriores, aprimora teorias existentes e estimula a inovação em uma determinada área da ciência. (15,16).

Realizadas essas considerações, destaca-se que o caminho metodológico e respectiva divisão de capítulos envolve inicialmente a compreensão das MSs no

Brasil e a respectiva delimitação de conceitos necessários, inclusive em perspectiva comparada com a experiência internacional. Segue-se com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, seu fundamento legal e suas influências e as contradições entre esse novo modelo e as MSs de internação.

A partir desse arcabouço teórico, será iniciada a análise de jurisprudência de Direitos Humanos, a incorporação da CDPD pelos países e a aderência a iniciativas da OMS, como o programa *Quality Rights*. Este programa consiste em importante medida tomada pela OMS foi a implementação de uma medida para melhorar a qualidade do cuidado em saúde mental prestado pelos Estados. Representa uma proposta de efetiva sintonia e aderência dos serviços em saúde mental para com os DHP. Contempla apoio aos países e partes interessadas para a melhoria do serviço e acesso a Direitos Humanos no contexto do serviço e prevê o fornecimento de material, capacitação e instrumento de avaliação das práticas em saúde mental, de modo a fomentar mudanças positivas para o paciente (17).

Posteriormente, iniciar-se-á a fase final da pesquisa, com a análise das MSs no Brasil a partir do referencial teórico-normativo dos DHP, de forma específica em relação a cada um dos direitos, em perspectiva integrada à realidade dos PAJs, e em correlação com dados apresentados nos contextos nacional e internacional. Nas considerações finais, serão verificados o cumprimento dos objetivos, a consolidação da análise dos dados e a apresentação de medidas potenciais para superação do problema evidenciado pelas contradições das MSs de internação.

## 2. MEDIDAS DE SEGURANÇA

O primeiro capítulo do presente trabalho desenvolverá o conceito, requisitos, funções e fundamentação legal das medidas de segurança no Brasil. As medidas de segurança são o objeto principal de discussão e análise dessa pesquisa, de natureza teórica, com posterior análise de dados coletados indiretamente. Ao fim do capítulo será apresentada a experiência internacional referente às medidas de segurança ou institutos jurídicos a ela equivalentes, para uma interlocução preliminar que permita lançar bases sobre novas perspectivas de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei penal, doravante chamado de paciente judiciário (PAJ).

### 2.1. MEDIDAS DE SEGURANÇA NO BRASIL

A legislação penal brasileira contempla comportamentos humanos (ações ou omissões) cuja prática pode submeter o agente à imposição de uma pena legalmente prevista, caso essa ação ou omissão seja definida como crime. Os artigos 26 a 28 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, que institui o Código Penal (CP) brasileiro (5) trazem os parâmetros da inimputabilidade e semi-imputabilidade penal, ou seja, condições que excluem a responsabilidade penal do agente. O CP brasileiro utiliza as expressões “doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado” (art. 26), “menoridade penal” (art. 27) e “embriaguez acidental” (art. 28, parágrafo 1º).

O objeto do presente capítulo é a inimputabilidade em razão da situação mental do agente, apresentada na legislação penal brasileira no artigo 26 do CP (5). De acordo com referido dispositivo legal, pode ser que o agente, devido à enfermidade mental (“doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado”, nos termos do art. 26), não tivesse condição de compreender, de maneira total (inimputável) ou parcial (semi-imputável), o caráter ilícito da conduta e de se autodeterminar. Essa condição é aferida por perícia médica realizada durante o procedimento judicial criminal. Nesses casos, os semi-imputáveis terão diminuição de pena, e os inimputáveis, em vez de se submeterem a uma pena, serão submetidos a uma medida de segurança.

Karl Stoos, em 1893, elaborou o Projeto de Código Penal suíço e propôs medidas de segurança pela primeira vez. A inovação jurídico-penal compunha um modelo dualístico de defesa contra o crime. De um lado, a pena, repressiva em seu núcleo. Por outro lado, a medida de segurança, essencialmente preventiva e fundamentada em uma periculosidade, sem definição precisa, compreendida a partir do risco de reincidência do PAJ, agente de ilícito penal (18).

Em 1930, o Código Penal italiano (denominado *Codice Rocco*) entrou em vigor durante o regime de Mussolini, seguindo a tendência do Código Penal suíço, apresentando em seu artigo 199 as medidas de segurança, de forma um pouco mais sistematizada (18). De acordo com Busato (19), o Direito Penal italiano da época buscava proteger a sociedade a todo custo, mesmo que para isso sacrificasse direitos individuais, o que foi refletido nas medidas de segurança que, apesar de mais sistematizadas, reiteravam o espaço do manicômio (ainda era esse o nome da instituição) como local de estadia dos PAJs.

O Código Penal brasileiro de 1940, em vigor até a atualidade, foi publicado no regime do Estado Novo e teve inspiração no *Codice Rocco*. Em seu artigo 22, estabeleceu como critérios de verificação da responsabilidade penal a capacidade de compreensão do caráter criminoso do fato, e de se determinar tal responsabilidade de acordo com esse entendimento. Dessa forma, foi concebido no Código como inimputável o sujeito inteiramente incapaz de entender o caráter delituoso do fato e de orientar suas atitudes conforme esse entendimento. Os semi-imputáveis, por sua vez, foram definidos como aqueles que não possuíam o discernimento em tela de forma plena (5).

O sistema dualista, proposto desde o CP suíço e aderido pelos códigos italiano e brasileiro, permitia a aplicação cumulativa de pena e de medida de segurança, no caso dos semi-imputáveis (18). Em 1984, houve uma reforma no CP brasileiro, que passou a proibir essa dupla aplicação (20). Aos inimputáveis, cabia apenas a medida de segurança. O artigo 88 do CP brasileiro discriminou como medidas de segurança pessoais e detentivas a internação em manicômio judiciário, casa de custódia e tratamento, colônia agrícola e institutos de trabalho, de reeducação ou de ensino profissional (18).

Havia também a possibilidade de medidas de segurança não detentivas, a saber, liberdade vigiada, proibição de frequentar determinados lugares, exílio local. Os artigos 99 e 100 apresentaram medidas de segurança patrimoniais

consistentes na interdição de estabelecimento ou sede de sociedade ou associação e o confisco; tais medidas, porém, fogem do escopo deste trabalho (5). Com a reforma ocorrida em 1984, as medidas de segurança patrimoniais foram revogadas (20). Conforme será observado mais à frente, quando o PAJ é colocado em liberdade ante a cessação de sua periculosidade, há imposição de condições, tal qual na liberdade condicional daqueles que estão em cumprimento de pena, dentre as quais a proibição de frequentar bares, boates e locais do gênero (18).

Reforça-se, então, que o sistema dualista também era chamado de duplo binário. Além de ter pena e medida de segurança como espécies de sanção penal, permitia a sua aplicação cumulativa, no caso dos semi-imputáveis. Essa compreensão foi ultrapassada com a reforma do CP brasileiro, instituída em 1984 (20), que trouxe modificações para as medidas de segurança. A primeira delas foi a adoção do sistema vicariante, que mantém pena e medidas de segurança como espécies do gênero sanção penal, mas que impede a aplicação cumulativa. Esse é o regime em vigor atualmente. Também foram incluídas nessa reforma as medidas de segurança de modalidade ambulatorial, destinadas a ilícitos penais mais brandos, puníveis por detenção, e não reclusão (modalidade de pena destinada a ilícitos mais graves, dentre eles os punidos com violência ou grave ameaça) (19).

### **2.1.1. Delimitação conceitual**

Percebe-se, então, que as medidas de segurança são consequências jurídicas do ilícito penal, orientadas pela necessidade de se impedir a reincidência do ato e assim proteger a comunidade. Elas têm como elemento nuclear a periculosidade, como decorrência da prática do ilícito penal. Assim, não se fundamenta no juízo de reprovabilidade da conduta passada, tal qual a pena, mas ao futuro. As penas têm suas finalidades debatidas por diferentes teorias: de forma retributiva ou absoluta à relativa (8).

Embora elas não sejam objeto desta tese, necessário o esclarecimento, de forma sintética, de que a teoria retributiva ou absoluta pressupõe que a pena deve apenas retribuir ao agente do delito o dano praticado a um determinado bem jurídico social, tutelado pelo Direito Penal (como a vida, o patrimônio, a dignidade

sexual, a integridade física, entre outros). A teoria relativa, por outro lado, entende que a pena tem como finalidade a prevenção de delitos de forma negativa (dissuadindo a prática do delito através da intimidação), ou positiva (sistema de cumprimento de pena centrado no indivíduo e na sua ressocialização) (8).

Independentemente da teoria adotada para que se discuta a pena, as medidas de segurança articulam ato ilícito penal diferentemente de crime, inimputabilidade (e não aplicação de pena) e periculosidade (e não punibilidade), com o quadro psiquiátrico do agente atravessando esses aspectos. Assim, a finalidade das medidas de segurança será o tratamento médico, até a cessação da periculosidade do agente.

### **2.1.2. Requisitos das medidas de segurança no Brasil**

No início de sua vigência, o Código Penal de 1940 (5) admitia a periculosidade pré-delitual, ou seja, o simples juízo de probabilidade de prática de ilícito penal, fundado tão somente no quadro clínico psiquiátrico do sujeito, mas sem nenhum ato praticado, já poderia ser suficiente para a aplicação das medidas de segurança. Tal postura revela a busca pela limpeza social do divergente, comum a regimes autoritários como era o da concepção do CP em questão. A legislação em vigor erradicou resquícios de periculosidade antidelitiva e só admite aplicação da medida de segurança ante a prática de fato previsto como infração penal (18).

Para que se chegasse a esse posicionamento, foi imprescindível a colaboração e o diálogo entre o Direito e a Psiquiatria, construindo um novo paradigma para o Direito Penal e contemplando não apenas o fato cometido, mas, em certo grau, a análise da pessoa do infrator. Temia-se os então denominados delinquentes contumazes ou reincidentes e os enfermos mentais que cometiam delitos graves, os quais eram até então apresentados como incorrigíveis. Aparecia, nesse contexto, a formulação de um conceito de periculosidade que se estabeleceu como núcleo da atuação das medidas de segurança, desvinculando, nesses casos, o Direito Penal da noção de culpabilidade (19).

A periculosidade que importa para as medidas de segurança é definida posteriormente ao delito, e não antes, sob pena de penalização da subjetividade do indivíduo. As medidas de segurança se fundamentam na periculosidade e são

projetadas ao futuro, ao passo que as penas se fundamentam na culpabilidade e são projetadas ao passado. A periculosidade no Direito Penal brasileiro é o fundamento das medidas de segurança, portanto conceito a elas ligado, e não à pena ou ao crime (8).

A pena é resultado de crime, concebido como fato típico, antijurídico e culpável. Portanto, é a culpabilidade o fundamento do crime e da pena, tal qual é a periculosidade o fundamento do ilícito penal cometido por inimputável (fato que tecnicamente não é crime) (18).

Desse modo, para fins de aplicação das medidas de segurança, é definida como baliza principal a periculosidade criminal, composta pela prática prévia de um ilícito penal e pela existência de uma alta probabilidade de reiteração da conduta (prognóstico de periculosidade criminal, condição objetiva e imprescindível para aplicação da medida de segurança). Esse prognóstico deve ser fundado em dados concretos que indiquem a potencialidade de envolvimento do indivíduo na prática de outros ilícitos penais (21).

Além dessa premissa nuclear, Busato (19) também menciona os pressupostos que dizem respeito às garantias ligadas às medidas de segurança, haja vista que sua ausência anula a aplicação e execução das medidas de segurança. São elas: a legalidade, a jurisdicionalidade, a garantia de execução e a proporcionalidade.

A garantia de legalidade compreende a impossibilidade de aplicação de medida de segurança a inimputável ou semi-imputável, sem previsão como tal na legislação penal. A jurisdicionalidade vincula o cumprimento da medida de segurança à determinação judicial de forma exclusiva, ou seja, medidas de segurança necessariamente precisam ser determinadas pela sentença judicial competente (19).

A garantia de execução diz respeito à adequação entre a medida de segurança e a evolução da personalidade do sujeito, bem como ao condicionamento da medida ante a subsistência do prognóstico de periculosidade que a justificou, considerando-se a dimensão clínica do caso. A proporcionalidade encontra respaldo na discussão acerca do prazo máximo de duração da medida de segurança, que não deve ultrapassar o tempo da pena máxima em abstrato cominada ao fato praticado (19).

### **2.1.3. Procedimento de aplicação das medidas de segurança**

No caso dos inimputáveis, foco deste trabalho, as medidas de segurança são aplicadas em uma sentença criminal de absolvição imprópria. O artigo 26 do Código Penal (5) esclarece que inimputáveis são isentos de pena e, portanto, devem ser absolvidos. Como há absolvição e aplicação de medida de segurança, essa absolvição é imprópria. Sem a medida de segurança, seria absolvição própria. É importante lembrar que, ainda que praticado por inimputável, se o agente agiu em legítima defesa, por exemplo, ou qualquer causa de extinção de sua punibilidade, previstas no artigo 107 do CP (5), não poderá ser aplicada medida de segurança (21).

Na sentença de absolvição imprópria, a medida é aplicada com um prazo mínimo de duração, que pode ser de um a três anos. Findo o período definido em sentença, a equipe médica do hospital deve realizar exame de cessação de periculosidade. O exame deve ser remetido ao juiz pela autoridade administrativa competente, em forma de minucioso relatório instruído com laudo psiquiátrico, em virtude de ser o diagnóstico da periculosidade tarefa difícil e imprecisa, baseado em dados concretos (18).

A presença de profissional técnico da área da psiquiatria é exigida tanto na fase processual, para atestar a inimputabilidade e a periculosidade, quanto na fase de cumprimento da medida de segurança, para declarar a cessação ou manutenção da periculosidade (18, 19). As enfermidades mentais, para fins de medidas de segurança, devem ser compreendidas no sentido mais amplo possível.

Em estudo quantitativo realizado no Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAII) percebeu-se que homicídios ou tentativas de homicídios foram os ilícitos penais mais praticados (46,2%); 10,2% cometeram violência sexual. Quanto aos diagnósticos, a esquizofrenia e outros transtornos psicóticos foram maioria, no percentual de 53,3% sobre o total de casos analisados (22). Comorbidades dentro desse universo de patologias são comuns (23).

Se a periculosidade persistir, os exames de cessação de periculosidade devem ser realizados anualmente. A legislação penal brasileira não estabeleceu prazo máximo de duração das medidas de segurança. Os artigos 97 e 98 do Código Penal (5) e 175 e 176 da Lei de Execução Penal (24) regulamentam essa

questão e informam que a internação ou tratamento ambulatorial é por tempo indeterminado, perdurando enquanto não cessar a periculosidade do indivíduo. Em teoria, por essa determinação legal seria possível a privação de liberdade (mediante a internação) em caráter perpétuo, o que é vedado pela Constituição Federal de 1988 (25).

Diante disso, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) pacificou entendimento, na Súmula 527, no sentido que “a medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado” (26). De acordo com Avena (21), o Supremo Tribunal Federal (STF), por sua vez, entende que o limite máximo de duração das medidas de segurança é de 30 anos, mesmo limite de duração de penas privativas de liberdade, de acordo com o artigo 75 do Código Penal (5).

Caso seja atestada a cessação da periculosidade do agente, a execução da medida de segurança será suspensa, determinando sua desinternação ou liberação (no caso de tratamento ambulatorial). A desinternação ou liberação será condicional, na medida em que os indivíduos não podem praticar nenhum fato indicativo de sua periculosidade pelo prazo de um ano. São previstas também, nos termos do artigo 132 da Lei de Execução Penal (24), a ocupação lícita (se o sujeito for apto para o trabalho), comunicação periódica de sua ocupação ao Poder Judiciário, e a proibição de mudar-se da comarca sem autorização judicial. Facultativamente, pode haver a proibição de mudança de residência sem autorização judicial e administrativa responsável, recolhimento domiciliar em horário determinado e proibição de frequentar determinados lugares. Por isso se entende que a medida de segurança não é extinta com a cessação da periculosidade, mas tão somente suspensa (21).

#### **2.1.4. Modalidades de medidas de segurança**

Reitera-se que a periculosidade criminal serve tão somente para fundamentar a existência e justificar a aplicação da medida de segurança, mas não para mensurá-la. Se a medida é uma forma de prevenção e busca fornecer tratamento para a enfermidade mental que acomete o agente do ilícito penal, certamente essa enfermidade deveria ser o cerne do tratamento. Independentemente do ato praticado, o eixo sobre o qual repousa a execução da

medida de segurança deveria estar ligado ao quadro clínico apresentado e seu respectivo tratamento.

Dessa forma, aproximar-se-ia de uma realidade em que o tratamento do submetido a medida de segurança fosse o mesmo oferecido pelo sistema de saúde pública. Conforme será observado no próximo capítulo, a Lei nº 10.216, de 2001 (2), rompeu com o paradigma manicomial e determinou a centralidade do tratamento psiquiátrico em comunidade. O modelo de atenção prestado em hospitais psiquiátricos, no Brasil, perdeu o seu protagonismo a partir de então, mantendo-se a internação apenas para casos graves, em momentos de crise.

No entanto, conforme análise a seguir, as medidas de segurança ainda estão consonantes com o paradigma manicomial, por meio de internação em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, administrados pelas secretarias de estado que administram as unidades carcerárias (Secretarias de Segurança Pública ou Administração Prisional, a depender do Estado).

#### 2.1.4.1. Internação

A internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico é um tipo de medida de segurança prevista no artigo 96, inciso I, do Código Penal (5). Foi formulada na reforma penal de 1984 (20), a partir da fusão das medidas de segurança previstas na redação original de 1940, a saber, internação em manicômio judiciário e internação em casa de custódia e tratamento.

A pessoa internada deverá ser submetida a exames psiquiátrico, criminológico e de personalidade, segundo os artigos 100 e 174 combinados com (c/c) os artigos 8º e 9º da Lei de Execuções Penais (24).

Por outro lado, o artigo 97 do Código Penal (5) prevê que a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico destina-se necessariamente aos inimputáveis que tenham cometido ilícito penal passível de punição com pena de reclusão; facultativamente, essa norma se estende aos que tenham praticado ilícito penal, cuja pena seria a de detenção. Destaca-se que o artigo 98 do CP (5) estabelece que o semi-imputável poderá ter a pena privativa de liberdade substituída por medida de segurança, inclusive na modalidade de internação, em se comprovando a necessidade de especial tratamento curativo.

Necessário destacar que é inadequada a especificação das medidas de segurança seguindo o critério da modalidade de pena que seria aplicada caso o agente fosse imputável. Isso porque tal critério não leva em conta o quadro clínico e o tipo de tratamento necessário, mas tão somente a culpabilidade, traduzida na reprovabilidade da conduta. Ao exercer juízo de reprovabilidade da conduta praticada (culpabilidade) a alguém inimputável, o Código Penal, contraditoriamente, insere na medida de segurança um instituto alheio ao seu fundamento e característico da pena e do crime. O artigo 26 do CP (5) isenta o inimputável de pena, que é fundamentada na culpabilidade. O ato praticado pelo inimputável não é crime e, portanto, não pode ser punido, exatamente pela ausência de culpabilidade em sua conduta.

O instituto fundamental das medidas de segurança é a periculosidade, e não a culpabilidade. Conforme poderá ser observado a seguir, sistemas de Justiça Criminal de outros países já contemplam essa questão. Prado (18) segue esse entendimento, de que as medidas de segurança, ao contrário das penas, não devem ser obrigatoriamente proporcionais à gravidade dos atos praticados, mas à periculosidade do sujeito. A referência à gravidade do ato deve significar mais um elemento de análise da periculosidade do delinquente. Busato menciona que

A regra visa atender a um postulado de proporcionalidade que é, no mínimo, discutível. Perceba-se que se estabelece a relação entre a gravidade do crime cometido e a gravidade da medida tomada, em uma escala que obedece a uma perspectiva retributiva associada ao fato cometido, portanto, ao passado, que não condiz com a fórmula de prognose de um tratamento de saúde (19, p. 660).

Caberia à perícia fazer a análise da periculosidade centrada no quadro clínico do agente, transtorno que possui intensidade do quadro, além de elementos que entender pertinentes para análise do risco que o agente apresenta, e não focada apenas no ato praticado.

#### 2.1.4.2. Tratamento ambulatorial

O tratamento ambulatorial é medida de segurança introduzida como inovação na reforma de 1984 (20). Nessa modalidade, são dispensados cuidados médicos à pessoa submetida a tratamento que não implica internação. O escopo

deste trabalho é compreendido pelas medidas de segurança de internação; de todo modo, convém apresentar a medida de segurança ambulatorial.

O exame criminológico nesse caso é facultativo, a depender da natureza do fato e das condições do agente, conforme prevê o artigo 174 cumulado com os artigos 8º e 9º da Lei de Execução Penal (24).

A Exposição de Motivos da Parte Geral do Código Penal (5) estabelece que o indivíduo submetido a tratamento ambulatorial deve comparecer ao hospital em dias que lhe serão determinados pelo médico, para que seja aplicada a modalidade terapêutica prescrita. Estão sujeitos a esse tratamento os inimputáveis cuja pena privativa de liberdade seja de detenção e os semi-imputáveis, na mesma situação (arts. 97 e 98 do CP).

Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, o juiz poderá converter essa medida de segurança em internação em hospital de custódia, caso seja essa providência necessária para fins curativos do agente (art. 97, §4.º, do CP). O tratamento ambulatorial é uma possibilidade, mas é direcionado por enquanto apenas a ilícitos de menor potencial ofensivo, puníveis com detenção. Os atos praticados por inimputáveis que envolvem violência ou grave ameaça, correspondentes a delitos com penas mais elevadas, apenados com reclusão, têm como sanção a medida de segurança de internação.

Vale salientar ainda que, de acordo com o artigo 33 do CP (5), a pena de reclusão é aquela cumprida em regime inicialmente fechado, e as de detenção em regime aberto e semiaberto. Corrobora-se então a percepção de que as medidas de segurança de internação incorporam de certo modo um conteúdo penalizador, pois é determinada a partir de fato que seria cumprido em regime fechado, por pena de reclusão. O que aparentemente importa são o fato praticado e a retirada do agente do convívio social, mesmo que ele seja inimputável e em teoria não pudesse ser punido (18).

#### **2.1.5. Locais de Internação e Tratamento**

O hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, local em que devem ser feitas as internações, substituiu formalmente os antigos manicômios judiciários presentes na legislação de 1940. Contudo, as instituições edificadas para esse

fim são raras, mantendo-se a estrutura dos antigos manicômios e alterando-se apenas os nomes (18).

A legislação Penal menciona que o local deve ser “dotado de características hospitalares”, disposição do artigo 99 do Código Penal (5), e possuir “dependência médica adequada”, seguindo orientação do artigo 101 da Lei de Execução Penal (24). A lei ainda estabelece que, caso o local não esteja adequadamente aparelhado para prover assistência médica psiquiátrica, esta pode ser prestada em outro lugar, mediante autorização da direção do estabelecimento. Tal previsão se encontra no artigo 96, I, e artigo 14, §2.º, do Código Penal (5) cumulado com o artigo 42 da Lei de Execução Penal (24).

O que a legislação brasileira, em relação a esse tema, busca de maneira bem clara é impedir que a pessoa inimputável seja mantida em unidade prisional comum. A Lei de Execução Penal (24), em seu artigo 88, estabelece a necessidade de preservação de salubridade (fatores de aeração, insolação e condicionamento térmico) e a área mínima de seis metros quadrados para a unidade celular de internação ou prisão. Ainda, todos os direitos da pessoa privada de liberdade, presentes no artigo 41 da Lei de Execução Penal (24), referentes à assistência material, física e emocional, se estendem ao internado, sem prejuízo das especificidades de assistência em saúde requeridas em face do quadro clínico do internado (23).

É possível a contratação de médico de confiança pessoal do internado, para acompanhar o tratamento, segundo o artigo 43 da Lei de Execução Penal (24), tanto nos casos de internação quanto nos de tratamento ambulatorial. O mesmo artigo de lei pontua que a divergência entre o tratamento oficial e o de confiança do internado será resolvida pelo juiz da execução.

## 2.2. MEDIDAS DE SEGURANÇA: A EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL

A legislação de outros países, no estudo da inimputabilidade penal, permite uma abordagem mais ampla do tema, especialmente para que, a partir da análise comparada, posicione-se melhor o Brasil no panorama global de avanços e retrocessos nos modelos de atenção ao PAJ. Nesse sentido, será analisada a seguir a legislação de sete países europeus, quais sejam: Alemanha, Espanha, Inglaterra (incluindo País de Gales), Itália, França, Holanda e Portugal.

A opção pelos países europeus se justifica pelo fato de que tanto a sistematização da estrutura manicomial quanto os movimentos de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial ocorreram inicialmente naquele continente, o que será abordado no próximo capítulo. No que diz respeito à América do Sul, foram levantados dados do Uruguai, Argentina e Chile; entretanto, a legislação penal desses países é mais antiga que a brasileira, ao passo que a europeia está bem mais atualizada, conforme será observado.

### **2.2.1. Alemanha**

A inimizabilidade penal está disposta nos artigos 19, 20 e 21 do Código Penal alemão, *Strafgesetzbuch* (StGB). Tais artigos abordam, respectivamente: inimizabilidade etária, inimizabilidade por transtorno mental e imputabilidade reduzida. Ademais, importante observar que o termo adotado no CP alemão é a ausência de culpa, em vez de inimizabilidade (23).

A inimizabilidade por idade (menoridade penal) tem o limite de quatorze anos. O artigo 20 trata da inimizabilidade psíquica, adotando, do mesmo modo que o artigo 26 do Código Penal brasileiro, o sistema biopsicológico, ou seja, critérios orgânicos, de desenvolvimento mental e/ou psicológicos, haja vista que a expressão utilizada pelo CP brasileiro é “doença mental ou desenvolvimento incompleto ou retardado”. Por sua vez, a culpabilidade reduzida encontra fundamento no artigo 21 do StGB. Esta última seria um caso de imputabilidade, sendo a capacidade penal um conceito graduável (23).

Os artigos 63 e 64 estabelecem os locais de cumprimento das medidas de segurança. Serão enviados para um hospital psiquiátrico geral os inimputáveis PAJs que não cometeram crimes graves, que não são considerados perigosos e que aceitam tratamento psiquiátrico no hospital de forma voluntária. Os agentes de ilícitos graves sofrem internação involuntária em hospitais psiquiátricos forenses (27).

Policiais, tribunais e peritos podem intervir quando possível. Por exemplo, policiais já têm a possibilidade de encaminhar pessoas com transtorno mental envolvidas em ato ilícito para estabelecimentos psiquiátricos, em vez de apresentá-las a um juiz de investigação criminal. Ademais, promotores podem desfazer acusações caso percebam que o agente não está em condições de ser

julgado ou não é criminalmente responsável por suas ofensas, e não apresenta perigo para o público em geral (27).

Há portanto, na Alemanha, alternativas diversas da internação no caso de delitos leves, além de possibilidades de se buscar diretamente o tratamento de saúde, em vez da passagem pela via da justiça criminal nesses casos, o que desburocratiza bastante o procedimento e os tratamentos aplicáveis.

### **2.2.2. Espanha**

A inimputabilidade penal é abordada, no Código Penal espanhol, instituído em 1995, nos artigos 19 e 20. O primeiro dispõe a respeito da inimputabilidade penal do menor de dezoito anos, enquadrando-se no critério biológico. O artigo 20 determina, em virtude da inimputabilidade, a isenção de responsabilidade criminal nos parágrafos 1º a 3º (23).

O parágrafo 1º estabelece ser isenta de responsabilidade criminal a pessoa que, no momento em que cometer a infração penal, não puder compreender a ilicitude ou atuar conforme ela, em razão de qualquer anomalia ou alteração psíquica. Há ressalva de que o agente não se eximirá de pena quando o transtorno mental transitório for provocado por ele com o objetivo de cometer o delito ou, ainda, em caso de exigência de previsibilidade da possibilidade de sua ocorrência (23).

O parágrafo 2º afirma que será inimputável a pessoa que, no momento do ato ilícito, estiver em estado de completa intoxicação devido ao consumo de bebidas alcoólicas, drogas tóxicas ou outras substâncias que produzam efeitos análogos, ou pela influência de uma síndrome de abstinência, em razão da dependência de tais substâncias, estando, assim, impedida de compreender a ilicitude ou de atuar conforme essa compreensão. Anota-se, quanto à intoxicação, que o legislador prevê que somente se concretizará essa hipótese se não for caso de preordenada com intuito criminoso nem de previsão ou exigência de previsão delituosa (23).

O parágrafo 3º prevê ser isento de responsabilidade penal aquele que, por sofrer de alterações na percepção desde o nascimento ou desde a infância, tenha alterada gravemente a sua consciência de realidade. De modo elucidativo,

menciona-se que as circunstâncias de atenuação de responsabilidade criminal também se encontram nesse artigo (23).

As medidas de segurança privativas de liberdade, referentes às hipóteses do art. 20, estão previstas nos artigos 101 a 103. Para sujeitos com anomalia psíquica será aplicável, somente quando necessário, a medida de internação para tratamento médico ou de educação especial em estabelecimento adequado. Aos casos de intoxicação ou síndrome de abstinência, caberá medida de internação em centro de reabilitação. Por último, para as pessoas que sofrem de alterações na percepção desde o nascimento ou desde a infância, também se prevê a possibilidade de medida de internação em centro educativo especial (23).

O fundamento de aplicação das medidas é a periculosidade, estando limitada temporalmente à pena em abstrato do delito cometido. Há, ainda, a ressalva de que somente serão aplicadas medidas caso o agente tenha cometido um ato ilícito e do qual se possa deduzir um comportamento que indique a probabilidade de novos delitos, conforme artigo 95.1 (28).

O Código Penal espanhol não é claro ao falar em estabelecimento adequado, não o especificando. É comum o cumprimento de medidas de segurança por pessoas com transtorno mental em estabelecimentos prisionais. O Regulamento Penitenciário espanhol faz referência à existência de estabelecimentos ou unidades psiquiátricas penitenciárias, instituições destinadas ao cumprimento da medida. Conforme dados de 2015, há três cidades na Espanha com essas características: Alicante, Barcelona e Sevilha (28).

Os estabelecimentos psiquiátricos penitenciários são compostos por uma equipe multidisciplinar, de profissionais da psiquiatria, psicologia e serviço social. Dentro da sistematização desses ambientes, merece destaque o Programa de Saídas Terapêuticas. Esse programa, iniciado em Alicante, estabelece, como exemplo, as seguintes saídas: (i) com o pessoal do hospital, de forma individual ou coletiva, tanto em pequenos como grandes grupos; (ii) com a família; e (iii) de fim de semana, com a família ou sem acompanhamento (28).

Há também o programa de *Hospital de Noche*, no qual os pacientes passam o dia fora e retornam ao hospital psiquiátrico penitenciário para dormir, o que permite, durante o dia, atividades de formação, como cursos de aprendizagem laboral ou estudos universitários, com o devido acompanhamento por parte dos servidores públicos responsáveis (28).

A duração da medida de segurança será avaliada por meio de revisão, a cada seis meses, devendo, anualmente, ser apresentada ao Juiz de Vigilância Penitenciária, avaliando-se se é o caso de manutenção, cessação ou substituição da medida. Um dos principais pontos considerados deficientes nesses estabelecimentos é o fato de que eles não estão distribuídos adequadamente no país, deixando os internos, na maior parte das vezes, distantes da família. Ainda, para mulheres a situação é mais gravosa, pois há apenas um centro psiquiátrico penitenciário, localizado na cidade de Alicante, o que ocasiona um isolamento e distanciamento de vínculos sociais (28).

### 2.2.3. Inglaterra e País de Gales

Destaca-se que na tradição legal inglesa os precedentes judiciais e os costumes têm prevalência enquanto fontes de Direito, o que não significa que não existam leis em seu sistema jurídico para as questões tidas como relevantes para aquela sociedade. Nesse contexto, norma regulamentadora dos casos afetos a pessoas com transtorno mental é a *Mental Health Act* (MHA), de 1983, que sofreu alterações em 2007. Referida norma aborda questões de hospitalização, tratamento e, também, orientações para pessoas que cometeram algum delito e tenham transtorno mental (29).

Psiquiatras forenses são consultados nas três fases do processo criminal, que são: *pre-trial* (fase de instrução), *at trial* (ao longo do julgamento) e *post-trial* (posterior ao julgamento). Na primeira fase, é verificado se o acusado está apto a se defender (*fit to plead*). Nessa etapa, o fato de o agente apresentar algum transtorno mental por si só não é suficiente para que ele seja considerado inapto (30).

Para que se avalie a presença dessa aptidão, é preciso que o réu tenha capacidade de entender os procedimentos e poder se defender das acusações, compreendendo as instruções dos advogados e as provas que serão realizadas. Para que isso seja definido, um júri é criado especialmente para esse fim. Nesse procedimento, psiquiatras serão ouvidos. Se verificada a inaptidão para o julgamento, o júri determinará se a autoria do ilícito criminal foi do agente. Nessa hipótese, não se analisará a culpabilidade do réu, pois já foi determinado que ele não está apto. Se restar decidido que ele praticou o ato, poderá ser estabelecido,

a depender do caso, a admissão em hospital, uma ordem de guarda, realizada por uma autoridade ou pessoa por ela autorizada (31).

O guardião ou guardiã decide sobre o local em que o paciente residirá, pode solicitar que o paciente frequente determinado tratamento médico, trabalho, instituição de ensino, além de poder solicitar atendimento psiquiátrico, agindo de modo que o paciente tenha um mínimo de limitações e que tenha a vida mais independente possível. O guardião ou guardiã não pode decidir pela perda de liberdade do paciente, tampouco tem liberdade para definir tratamento médico sem o consentimento do paciente ou consentir em tratamento em seu lugar (31).

Há também a possibilidade de estabelecimento de ordem de supervisão e tratamento, em que o agente será acompanhado pelos serviços comunitários de saúde mental, sem as limitações relativas à guarda (30).

Quando considerado apto, o processo seguirá para a segunda etapa, *at trial*, e a terceira, *post-trial*, em que os psiquiatras forenses atuam dando orientações na qualidade de *experts*. Durante o julgamento, pessoas cuja sanidade se mostrar inexistente não serão responsabilizadas pelos seus atos; serão declaradas *not guilty* (não culpadas). Em relação à responsabilidade diminuída, observa-se que ela somente é possível em caso de homicídio, de acordo com a *Homicide Act*, de 1957. O efeito da consequência jurídica da redução da capacidade nesse sistema será o homicídio culposo. O agente poderá, então, deixar de ser condenado a uma sentença de homicídio doloso, que gera prisão perpétua (29).

Os pacientes podem pedir a revisão da internação anualmente, para uma corte de justiça especial de saúde mental (*Mental Health Court*). As cortes especializadas de saúde mental foram estabelecidas para que agentes com graves transtornos mentais possam ser encaminhados para tratamento, e não encarceramento. Em casos mais leves, o próprio psiquiatra ou a administração do hospital pode dispensar e liberar o PAJ. Em casos mais graves e complexos, é necessário que, além do parecer favorável da equipe médica, a *Mental Health Court* e até o Ministério da Justiça também defiram a saída do agente da instituição de tratamento. (29).

Nota-se que no sistema inglês há uma maior proximidade e diálogo entre os profissionais da psiquiatria e do Direito, inclusive no que diz respeito ao diálogo institucional entre os sistemas jurisdicional e de saúde pública. A *Mental Health*

*Act*, de 1983, atua de forma bastante direta com a clínica, e o sistema de saúde público britânico é quem administra o cumprimento da internação. O serviço de psiquiatria forense na Inglaterra e País de Gales é administrado pelo Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service – NHS*) ou pelo setor independente, em três níveis de internação, definidos a partir da intensidade do imediato para o público. Para casos mais graves, há 750 leitos disponíveis para internação em três hospitais de alta segurança do NHS. Para casos de risco médio, há 3500 leitos oferecidos pelo NHS e setor independente, que também oferecem 2500 leitos para internações de risco baixo (29).

#### **2.2.4. Itália**

O Código Penal italiano conceitua diretamente a imputabilidade, em seu artigo 85. Estabelece-a como a capacidade do sujeito de entender e querer, no momento do cometimento do fato (23).

As causas referentes às possibilidades de exclusão e de atenuação de imputabilidade estão determinadas nos artigos 88 ao 98. Essas causas compreendem dois grupos distintos; o primeiro diz respeito às alterações psíquicas causadas pelas enfermidades mentais ou em razão da ação da embriaguez, enquanto o segundo grupo corresponde à imaturidade fisiológica ou parafisiológica, aludindo, respectivamente, aos menores de idade e aos surdos-mudos (23).

Quando considerada inimputável em razão de quadro de transtorno mental, a pessoa poderá ser considerada perigosa, ante o risco de reiteração criminosa. O artigo 203 então dispõe sobre a periculosidade, avaliada ao longo da medida de segurança, baseando-se na probabilidade de o agente voltar a cometer ilícitos criminais. A aplicação da medida de segurança está prevista no artigo 202, que afirma que somente poderá ocorrer sua imposição se a pessoa cometeu um fato correspondente a ilícito criminal (32).

Caso seja considerada responsável pelo crime, a pessoa com transtorno mental receberá a sentença, sem haver um caminho especial, devendo ir para a prisão, onde receberá atendimento de saúde padrão. Por outro lado, havendo ausência de responsabilidade, existirão duas possibilidades: (i) se não for considerada perigosa para a comunidade, estará livre e receberá cuidados de

saúde mental; (ii) se considerada perigosa, será internada em um hospital psiquiátrico forense ou em outro estabelecimento fechado. Quanto a essa última hipótese, haverá avaliações regulares até que se constate que a pessoa não representa mais perigo para a segurança pública, momento em que voltará à comunidade, recebendo assistência de serviços de saúde mental de forma ambulatorial (33).

Historicamente, a Itália encontra-se como um dos países pioneiros e mais avançados na temática da saúde mental, apresentando, desde cedo, ideias alternativas à psiquiatria convencional e aos antigos manicômios. Em 1978, a Itália deu início à sua reforma psiquiátrica ao introduzir a Lei nº 180, também conhecida como Lei Basaglia, com fins de promover mudanças radicais no sistema de saúde, como o fechamento de hospitais psiquiátricos e a transição para tratamentos de saúde na comunidade (32).

Entretanto, referidas mudanças tardaram a chegar no sistema psiquiátrico forense, sendo determinado o progressivo fim dos hospitais psiquiátricos forenses, com um decreto publicado em abril de 2008, e a transferência de suas responsabilidades e recursos para o Sistema Nacional de Saúde (33).

Referido decreto de abril de 2008 tinha por finalidade estabelecer um programa de redução progressiva e consequente encerramento do funcionamento dos seis hospitais psiquiátricos forenses em funcionamento no país. Posteriormente, a Lei nº 9, de 2012, determinou que novos locais residenciais deveriam ser desenvolvidos para melhor atender às necessidades das pacientes judiciários, considerados perigosos para a sociedade, fornecendo-se cuidados intensivos e de qualidade. Os referidos locais de tratamento, organizados ao longo das regiões da Itália, devem contar com no máximo vinte indivíduos ao todo e quatro em cada quarto. Eles foram regulamentados para substituírem os hospitais psiquiátricos forenses (33).

A Lei nº 81, de 2014, estabeleceu prazos e procedimentos operacionais. Destaca-se, nessa lei, a determinação de prazos para a desinternação dos pacientes, a transferência para as residências terapêuticas dos que eventualmente permaneçam com periculosidade atestada, para execução de medida, ou, ainda, a reinserção comunitária para o cumprimento de medidas de segurança menos restritivas e ambulatoriais (32).

Estabeleceu-se o fechamento final dos seis hospitais psiquiátricos forenses ainda existentes até o dia 1º de abril de 2015. Entretanto, isso não ocorreu, ressaltando-se que não houve internação de novos pacientes depois da data estipulada. Quanto aos que ainda estão internados, espera-se a construção de mais residenciais regionais pequenos, para que se transfiram todos os pacientes (32).

Adiciona-se que, conforme a nova lei, a medida de segurança somente poderá perdurar pelo número de anos que duraria, em sentença, o período de reclusão, caso o autor do ato ilícito não fosse PAJ mental (33).

### **2.2.5. Portugal**

O Código Penal português trata da imputabilidade penal nos seus artigos 19 e 20. O art. 19 estabelece a inimputabilidade etária, definindo ser inimputável o menor de 16 anos de idade. O art. 20 determina as possibilidades de inimputabilidade em razão de anomalia psíquica. O legislador português utilizou uma denominação geral, “anomalia psíquica”, compreendendo nesse contexto o transtorno mental, deficiência cognitiva e abuso de álcool e drogas (23).

Na inimputabilidade em razão da anomalia psíquica, exige-se, como requisitos para aplicação da medida de segurança, que o sujeito tenha cometido um fato ilícito previsto na lei penal e que haja fundado receio de que cometa novos delitos. A regulamentação referente à sua aplicação está nos artigos 91 e seguintes do Código Penal português, destacando-se os artigos 91 e 92 (23).

Em relação ao limite temporal, este durará até cessar a periculosidade, não podendo ultrapassar o limite máximo do tipo legal se fosse o caso de crime cometido por imputável. No entanto, há ressalva no artigo 92, nº 3, de que se o fato praticado corresponder a pena superior a oito anos e a periculosidade persistir, a internação poderá ser prorrogada por períodos sucessivos de dois anos (23).

O Ministério da Saúde de Portugal, no ano de 2007, lançou o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (PNSM), aprovado em 2008. Ante as fragilidades e insuficiências do serviço em saúde mental público português, esse plano tinha como missão “estudar a situação da prestação dos cuidados de saúde mental a nível nacional, propor um plano de ação para a reestruturação e

desenvolvimento dos serviços de saúde mental e apresentar recomendações quanto à sua implementação” (34).

No que diz respeito às unidades forenses, o PNSM previu que sua administração seria de função dos hospitais psiquiátricos. Ou seja, transtorno mental em conflito com a lei penal cumprem medidas de segurança em hospitais psiquiátricos. O plano aponta necessidade de reorganização desse serviço, prestado apenas nos distritos de Lisboa e Coimbra. Recomenda que o cumprimento das medidas de segurança aconteça com o suporte de equipes multidisciplinares que permitam a estabilização clínica, promovam independência e autodeterminação pessoais para atividades cotidianas, capacitação pessoal e social, além de adesão ao tratamento. A progressiva inserção comunitária, por meio da qualificação profissional e escolar, quando possível, também é um objetivo terapêutico. A reabilitação e reinserção social também estão previstas no artigo 126 do Código de Execução das Penas e Medidas Privativas de Liberdade (35).

Entretanto, em relatório apresentado em 2017 (35), verificou-se que as referidas metas não foram devidamente implementadas. Palha e Palha já haviam se pronunciado no fim do ciclo previsto no PNSM, afirmando que suas expectativas “ficaram longe de ser alcançadas: não se operacionalizou um sistema de informação; faltou o investimento absolutamente essencial, não foi corrigida a falta de técnicos qualificados”, além de cuidados continuados que não foram implementados (34). Trata-se então de um país ainda dentro de uma estrutura tradicional para as medidas de segurança, com o diferencial da gestão pelo serviço de saúde pública (não há manicômios judiciários).

#### **2.2.6. Holanda**

A Holanda possui um sistema semelhante ao alemão, com a legislação referente aos PAJs inserida no campo do direito criminal. De acordo com o artigo 37-a do Código Criminal Holandês, importa, para fins legais, o estado mental do réu quando da prática do ato, e não no momento do julgamento ou prisão ou transferência para o sistema hospitalar. De todo modo, a capacidade de defesa da pessoa e sua compreensão da acusação também são relevantes. Os critérios para essa capacidade incluem declarar-se culpada ou não, questionar jurados,

acompanhar procedimentos, produzir provas, enfim, acompanhar o processo. Nessa questão, há semelhanças com o sistema inglês e galês: considera-se a capacidade da pessoa de responder às acusações ou às questões que surgirem durante os procedimentos processuais, além da habilidade de instruir ou responder ao conselho judicial (29).

O direito holandês compartilha o entendimento de que pessoas que não possuem responsabilidade criminal não podem ser responsabilizadas por suas ações, e, portanto, não podem ser punidas por suas ofensas. No quesito responsabilidade criminal, a Holanda inova ao apresentar um modelo composto por uma escala de cinco estágios de responsabilidade: total irresponsabilidade, responsabilidade severamente diminuída, responsabilidade diminuída, responsabilidade levemente diminuída e responsabilidade plena. É possível a atribuição dessa escala ao caso concreto para qualquer ilícito criminal, desde que atestada por dois psiquiatras (29).

O essencial é definir se a situação mental foi grave o suficiente ao tempo dos fatos, de modo a prejudicar a responsabilidade do agente. Se for totalmente irresponsável, ele não será punido e será encaminhado para um hospital. Nas outras hipóteses, uma pena de prisão pode ser imposta, em conjunto com o tratamento psiquiátrico. Também estão presentes na lei holandesa a periculosidade e a pena mínima de quatro anos para o ato cometido (29).

A medida de segurança na Holanda é de dois anos, inicialmente, e será revista a cada dois anos pelo Poder Judiciário, após oitiva da equipe responsável pelo tratamento. A medida pode ser estendida, ponderando-se a proteção social e a gravidade do ato. A cada seis anos de medida, um *expert* externo deve ser ouvido, para assessorar o progresso e prognóstico do paciente. Por outro lado, as dispensas são sugeridas pela equipe clínica responsável, e esse parecer não vincula a decisão judicial. Entretanto, para o caso de o Poder Judiciário não acompanhar o parecer técnico, o Ministério da Justiça deve indicar dois *experts*, um psiquiatra e um psicólogo (29).

É comum, antes da dispensa total, que os pacientes cumpram um período de tratamento ambulatorial, monitorado pela equipe do hospital e por serviços vinculados à liberdade condicional. O tratamento, tanto nessa fase, quanto na fase de internação, é baseado em um modelo holístico que envolve a aproximação com a comunidade, responsabilidade e qualidade de vida (o

paciente não é apenas considerado como um risco social). Essa delimitação terapêutica permite, inclusive, que os pacientes trabalhem no hospital, quando possível. Os hospitais podem ser até penalizados em seu financiamento caso os pacientes não sejam liberados para interações com a comunidade após um ano de admissão (29).

### **2.2.7. França**

A França, desde o século XIX, se preocupava com a responsabilidade criminal. Ela não foi a pioneira das medidas de segurança, mas buscava demonstrar a diferença entre hospitais psiquiátricos e prisões. Sua legislação contempla três categorias de responsabilidade criminal: total irresponsabilidade, responsabilidade diminuída e responsabilidade plena. O critério de enquadramento é o do artigo 122.1 do Código Penal, qual seja, o sofrimento, no momento dos fatos, de enfermidade psíquica ou neuropsíquica que interferiu na habilidade da pessoa em controlar suas ações (31).

O Poder Judiciário pode convocar assistentes para a perícia médica. Para qualquer crime, um psiquiatra precisa dar assessoria antes do julgamento. A lei requer relatórios da perícia de forma escrita e oral. O judiciário não é obrigado a seguir o laudo pericial. A total irresponsabilidade criminal demanda registro criminal e imposição de medidas de segurança, que não necessariamente envolvem a internação, como restrição de frequência a determinados lugares, distância da vítima e família. De todo modo, ainda que houver a internação involuntária, essa se dará em hospital psiquiátrico comum; não há manicômios judiciais. No caso da responsabilidade diminuída, o agente irá para a prisão, podendo ter sua pena diminuída (36).

O PAJ então é incluído no sistema de saúde francês. A atenção em saúde mental na França alcança aproximadamente dois milhões de pessoas, das quais em torno de quatrocentas mil tiveram experiência com a hospitalização. O serviço é prestado por uma equipe multidisciplinar composta por profissionais da medicina, psicologia, enfermagem e serviço social. Há três níveis de atenção: clínicas de tratamento, hospitais-dia e hospitais psiquiátricos, com admissão voluntária ou involuntária. No caso da internação involuntária, é designado um juiz de custódia para garantir os direitos do paciente e evitar a hospitalização abusiva.

Após 12 dias de internação, o paciente deve ser ouvido, com direito à assistência de advogado, após o exame de toda a documentação referente ao caso (36).

Se o Poder Judiciário declara a pessoa irresponsável criminalmente, ela é direcionada a um hospital psiquiátrico de acordo com sua residência (o sistema de saúde mental francês se organiza a partir de áreas). Se houver risco para a comunidade, geralmente a perícia sugere internação involuntária. Essas pessoas são hospitalizadas junto com pessoas que não cometeram ilícitos criminais. A equipe psiquiátrica define o tipo de tratamento e a permanência no hospital, o que tem demonstrado mudanças significativas nos resultados dos tratamentos. Para a dispensa, dois psiquiatras independentes são necessários. Se ambos opinam pela dispensa, o representante do estado na região é responsável pela decisão final. A execução da medida de segurança, portanto, é desvinculada do Poder Judiciário, tratando-se de um procedimento administrativo (36).

### 2.3. POSSIBILIDADES PARA AS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO BRASIL A PARTIR DA EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL

Diante do panorama apresentado, necessário o levantamento dos pontos positivos das experiências com PAJs nos países europeus mencionados. Considerando-se este o ponto de partida da interlocução entre a experiência brasileira e a internacional sobre o tema, o tópico foi aqui delineado, mas as referências internacionais e a busca por novos modelos que possam contribuir com o assunto prosseguirá, uma vez que o diálogo não está esgotado.

Nesse contexto, destaca-se que a Alemanha tem um sistema muito parecido com o brasileiro, tanto no que diz respeito às medidas de segurança enquanto sanção penal, quanto na dinâmica de internação. O critério para internação, tal qual no Brasil, é a gravidade do ato, e não do transtorno. Esse critério é relevante, pois o foco no fato praticado penaliza, na prática, e desconsidera a inimputabilidade, ao passo que a centralidade do transtorno mental na aplicação da medida busca o cumprimento da finalidade de tratamento e a reabilitação do PAJ.

Já na Espanha, a mencionada expressão do Código Penal “alteração de percepção que altere a consciência de realidade” é considerada mais adequada, abandonando termos ultrapassados para o transtorno mental, presentes na

legislação brasileira e de alguns dos países mencionados. A definição normativa de estabelecimento adequado para o cumprimento das medidas de segurança, de forma ampla, é melhor do que já estabelecer o hospital de forma taxativa, pois deixa em aberto as possibilidades inovadoras apresentadas pelos estudos em saúde mental. Um exemplo é a já existente possibilidade de encaminhamento para centro de reabilitação nos casos de necessidade de desintoxicação, o que não é possível no Brasil. Outro exemplo de inovação em relação ao Brasil, abarcado pela expressão mais ampla da lei de “estabelecimento adequado” é a possibilidade de internação em centro educativo especial, e não hospitalar, no caso de transtorno mental existente desde a infância.

Destaca-se ainda que, de modo diferente do Brasil, no sistema espanhol os PAJs encaminhados a estabelecimentos psiquiátricos penitenciários, há o acompanhamento por equipe multidisciplinar, focado na reintegração e na saída do paciente de forma progressiva, por meio do hospital em que os pacientes se recolhem no período noturno, além de a revisão da medida ocorrer semestralmente.

O modelo adotado pela Inglaterra e País de Gales apresenta mais alternativas de contribuição. Há a possibilidade de internação em três níveis de severidade, de acordo com o quadro clínico, ou seja, casos graves não se misturam com casos leves, como ocorre no Brasil. Os pacientes são internados conforme o seu risco para a sociedade, e não devido ao ato cometido, pois a lei não estabelece uma internação a partir do ato cometido por si só. Ademais, o modelo inglês apresenta a possibilidade de guarda, além do acompanhamento pelos serviços comunitários. O próprio psiquiatra ou hospital pode dispensar o paciente em casos leves, de forma menos burocrática do que no Brasil. A administração do sistema se dá pelo sistema hospitalar (NHS) e não pela estrutura carcerária.

A Itália influenciou a legislação penal brasileira, conforme mencionado, além de ter inspirado a reforma psiquiátrica brasileira (conforme será verificado no próximo capítulo), apresentando, contudo, diferenças em relação ao modelo nacional. As medidas de segurança na Itália são centradas no risco advindo do transtorno mental e não no fato praticado. Se o risco e severidade do transtorno forem menores, o tratamento será ambulatorial; já no caso de risco e severidade maiores, em hospital ou estabelecimento fechado.

A Itália, um dos países pioneiros na ruptura com o modelo manicomial em lei, fato ocorrido 23 anos antes do Brasil, já determinou o fim dos hospitais psiquiátricos forenses, o que não ocorreu sistema de saúde mental brasileiro. Ainda não foi encerrado o serviço dos hospitais psiquiátricos forenses, mas os que persistem são administrados pelo serviço de saúde, e não foram admitidos novos pacientes. Destaca-se que, para os pacientes que apresentam algum risco para a comunidade, buscou-se um modelo de estrutura de internação em unidades menores e distribuídas pelo território italiano.

Tanto Espanha quanto Itália admitem expressamente que as medidas de segurança não podem ultrapassar o teto da pena que seria cominada ao fato, o que no Brasil é construção jurisprudencial.

Portugal tem um sistema semelhante ao brasileiro. Há um esforço para mudanças, ainda não implementadas, o que não faz do país uma referência para o presente trabalho. A única diferença positiva em relação ao Brasil é que o cumprimento das medidas de segurança é administrado pelo serviço de saúde pública.

Na Holanda, a aferição de responsabilidade penal em cinco estágios é tida como diferencial não só em relação ao Brasil, mas na própria Europa. Com esse método, privilegiam-se o transtorno mental e suas repercussões, em detrimento do fato em si. Os profissionais da saúde responsáveis pelo tratamento têm voz ativa no procedimento; aliás, é a que mais é valorizada, pois se o juiz ou a juíza discordar da dispensa do PAJ do hospital (em caso de internação), o Ministério da Justiça precisa indicar dois *experts* em saúde mental. O tratamento ambulatorial também existe para casos de transtorno menos severos. Percebe-se então que, diante da intersecção entre o direito penal e a saúde mental, existentes nas medidas de segurança, na Holanda o campo da saúde mental e o respectivo tratamento prevalecem sobre o controle penal, reforçando a prioridade do tratamento psiquiátrico adequado.

Na França não há hospitais psiquiátricos forenses, apenas hospitais psiquiátricos, administrados pelo serviço de saúde pública. Não há diferença entre o PAJ e os demais pacientes, no que se refere ao acesso aos serviços públicos de saúde mental. Se for necessária a hospitalização, essa se dará pelos mesmos critérios que os pacientes não judiciários, ou seja, pela situação de seu transtorno, e não pelo fato praticado por si só. A equipe que realiza o tratamento psiquiátrico

tem autonomia em relação ao Judiciário, e o cumprimento da medida de segurança é um procedimento administrativo.

Diante das inovações apresentadas pelos países analisados, necessária a discussão sobre o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, o estabelecimento de novas políticas públicas em saúde mental, a partir da reorientação do modelo de atenção para o ambulatorial, por meio da ruptura com o paradigma manicomial e a implementação de uma rede de atenção psicossocial.

Realizada essa análise, no próximo capítulo será possível a obtenção de elementos para a propositura de novos modelos de cuidado e tratamento do PAJ, a partir da perspectiva da Bioética dos Direitos Humanos.

### **3. REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E MEDIDAS DE SEGURANÇA**

Apresentados os requisitos, fundamentos e procedimentos judiciais ligados às medidas de segurança de internação, foco do presente trabalho parte-se para a análise da reforma psiquiátrica brasileira, consagrada em lei, que reorientou o modelo de atenção em saúde mental no Brasil, firmando o posicionamento antimanicomial e o compromisso do Estado em reduzir leitos hospitalares psiquiátricos, ampliar a Rede de Atenção Psicossocial e fomentar a desinstitucionalização dos pacientes.

Esses pontos e respectivos conceitos serão analisados no presente capítulo, que ao final refletirá sobre a ideia de periculosidade, muitas vezes atrelada aos pacientes psiquiátricos, e fundamento das medidas de segurança. A partir dessa reflexão serão apontadas as contradições entre a lei penal e a lei da reforma psiquiátrica; com esse arcabouço será possível avançar para o terceiro capítulo, em que os Direitos Humanos serão introduzidos no debate.

#### **3.1. O PRECEDENTE DA REFORMA SANITÁRIA**

A reforma sanitária foi um movimento iniciado na década de 1970, com ápice na década de 1980, junto com a redemocratização brasileira, representada pela Assembleia Nacional Constituinte (que promulgou a Constituição de 1988). O movimento buscava fundamentar a transformação das condições de saúde no Brasil, no campo prático e teórico. Era inicialmente restrito à academia e aos trabalhadores da saúde, posteriormente se inserindo num campo mais amplo da mobilização pela democratização política (37).

O período da história do Brasil em que a reforma sanitária foi proposta era de efervescência política; resistência ao regime militar e posterior movimento de abertura e redemocratização. Dessa forma, os integrantes do movimento possuíam articulações políticas e de formação, de modo a garantir a implementação de suas propostas, que necessitavam de deliberações prévias e fundamentação teórica. Passaram a dirigir o Inamps e a Fundação Oswaldo Cruz o que permitiu a presidência da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Os integrantes do movimento, liderados por Sérgio Arouca, fundaram o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), instituição voltada para o debate político,

em 1976; fundaram também Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), que visava a capacitação e formação intelectual, em 1979. Os debates travados nesses espaços lançou as bases para o processo de criação e defesa do SUS (38).

Uma das questões centrais do movimento de reforma sanitária em meados dos anos 1980 era se a saúde era um bem ou um direito. A lógica de assistência médica previdenciária ligada ao Inamps se contrapunha à ideia de saúde como um direito garantido por meio de uma política de Estado universal e equitativa, não intermediada pelo mercado. Havia uma dimensão política intensa, que foi sendo substituída ao longo do tempo pela dimensão técnica e logística que a implantação do SUS demandava (37).

O SUS foi formalizado na Constituição de 1988, a partir da premissa de que o Estado deve fornecer serviços de saúde como um direito. O processo de democratização trouxe a oportunidade de mudança do paradigma do fundamento da saúde coletiva. Entretanto, a trajetória do SUS nas décadas seguintes foi pautada pela precariedade inicial de propostas de organização que contemplassem o conhecimento de saúde coletiva e de administração pública (39).

A universalidade pode ser compreendida a partir do acesso de todos ao sistema público de saúde, e não somente aos empregados formais e/ou contribuintes com o Regime de Previdência, como ocorria anteriormente, já que os serviços públicos de saúde eram oferecidos por intermédio do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), substituto do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com a designação atual de Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). No Brasil, predomina o entendimento de que a universalidade garante a todos, indistintamente, todos os serviços em saúde pública existentes, independentemente de seguros de saúde privados ou não (40).

Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1987, adotada pela OMS, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, a cobertura universal é compreendida como uma necessidade humanitária. Os países signatários estabelecem, de forma consensual, que todos os seus habitantes têm direito fundamental à saúde, e que cabe ao Estado garantir esse direito. Ao defender a atenção primária em saúde como estratégia para esse feito, a

Declaração busca modificar o paradigma, que privilegia hospitais, profissionais e doenças na percepção de saúde. Com o empoderamento comunitário a partir da educação em saúde e políticas multissetoriais defendendo a qualidade do serviço, prestado a todas as pessoas, indistintamente, passa a ser possível caminhar rumo ao entendimento de que saúde é muito mais que doenças e serviços; é uma condição perpassada por questões econômicas, sociais e ambientais que afetam a saúde individual e coletiva. Tais questões são influenciadas fortemente pela qualidade da atenção primária (41).

O sistema universal, como o SUS, tem seu financiamento por meio de orçamento público advindo de impostos e contribuições sociais, fomentando solidariedade, redistribuição e equidade em sentido mais amplo, considerando-se esses ideais na formulação das políticas públicas. O modelo de sistema universal tem o escopo de acesso às necessidades sem restrições a todos. Em vez de conceber o serviço em saúde a partir de uma visão mercantil e financeira, compreende-o como direito, cujo financiamento e gestão devem ser estatais (42).

Já a ideia de atenção integral na saúde, também garantida pelo SUS, contempla a integração e disponibilidade para o paciente de modalidades de tratamento que ultrapassem o fornecimento de medicamentos e a medicina tradicional. Tratamentos preventivos e complementares compõem o leque de atividades do serviço de saúde ofertado. Quando a atenção integral é efetiva, o paciente é considerado em todas as suas dimensões, e como protagonista da abordagem terapêutica. A prática baseada em evidências compõe a noção de cuidado integral, além do dever de informação sobre o tratamento e seu planejamento, com a participação ativa do usuário. Recursos e infraestrutura também são elementos da atenção integral, uma vez que para que a atenção integral demanda financiamento e níveis de especialidade e qualidade do tratamento (43).

A Constituição Federal de 1988 estabelece que o direito à saúde deve ser prestado de forma universal e integral, “com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (21).

### 3.2. A LUTA ANTIMANICOMIAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Franco Basaglia, liderança científica e política da experiência italiana de reforma psiquiátrica e cuidado em saúde mental em liberdade, foi uma das referências ao modelo brasileiro, técnica e filosoficamente. (44). A reforma psiquiátrica italiana, cuja lei completa 44 anos, é uma das poucas cuja política de tratamento comunitário ocorreu há um período tão longo. O hospital de Trieste, que foi dirigido por Basaglia, ainda é uma referência, em um centro de colaboração em saúde mental da OMS. Grécia e leste europeu também se inspiraram na reforma italiana para realizar as suas. Nos anos 1980 e 1990, a equipe psiquiátrica situada na região da Emilia-Romagna colaborou com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) na supervisão e consultoria de um programa realizado na América Latina que culminou na Declaração de Caracas, documento que propôs a reestrutura do cuidado em saúde mental na região (44).

De acordo com a experiência italiana, notadamente a ocorrida na cidade de Trieste na década de 1970 (45), “é preciso eliminar os muros concretos do manicômio e sua estrutura hierárquico-autoritária, mas também superar o que sustenta essa instituição na sociedade” (46). Neste ínterim, não só a estrutura hospitalar psiquiátrica manicômio é questionada, mas também os instrumentos científicos, legais, administrativos, culturais e relações de poder que fundamentam seu paradigma e objeto de estudos, quais sejam, a “doença” mental e a “periculosidade”, protagonistas das práticas em saúde de referido modelo. Esse movimento de questionamento é chamado de movimento ou luta antimanicomial (46).

Esse foi galgando e delimitando espaços de forma paralela ao movimento da reforma sanitária e, ao mesmo tempo, o integrava (9). Na Itália, a lei da reforma psiquiátrica ocorreu em maio de 1978; a reforma sanitária e criação do sistema nacional de saúde ocorreu em dezembro de 1978, contemplando em seu arcabouço o novo paradigma psiquiátrico desinstitucionalizado (47).

O conjunto de serviço mínimo apresentado pelo Departamento de Saúde Mental italiano compreende centros de saúde mental comunitários, centros de reabilitação de tratamento diário (hospital-dia), unidades psiquiátricas em hospitais gerais, residências terapêuticas. Todos os hospitais psiquiátricos foram

fechados; apenas os hospitais de atendimento a PAJs que foram proibidos em 2015, e o último paciente saiu em 2017 (47).

A Itália tem menos recursos humanos para saúde mental do que outros países centrais, como a França (o triplo de psiquiatras para cada 100.000 habitantes), Japão (cinco vezes mais o número de enfermeiras para cada 100.000 habitantes), Estados Unidos da América (nove vezes mais o número de assistentes sociais para cada 100.000 habitantes). A prática italiana informa que a organização é mais importante que os recursos humanos (47).

No Brasil, os debates antimanicomiais, atrelados às perspectivas dos pacientes psiquiátricos, sobretudo no que diz respeito à sua autodeterminação, independência e liberdade, passaram a ganhar relevância no Brasil após o período de ditadura militar, durante o processo de redemocratização nacional (portanto, há quase quarenta anos). Assim, emergia no contexto nacional o denominado “movimento de reforma psiquiátrica”, que buscava conferir outro tratamento ao paciente psiquiátrico, por meio da transposição da visão hospitalocêntrica, institucional e puramente biomédica que imperava até então (44).

No Brasil, no ano de 1961 a Revista Cruzeiro denunciou a violência em desfavor dos pacientes do hospital colônia, em Barbacena, comparado a um campo de concentração nazista por Franco Basaglia, em 1979. O movimento por reforma no modelo de atenção em saúde mental no Brasil tem seu marco inicial com a organização do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, em 1978, agregando profissionais, estudantes e técnicos (48).

O movimento se expande para Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), em 1987, a partir da inclusão de pacientes e familiares junto aos profissionais, em torno das lutas de condições dignas de trabalho e direito à saúde mental, sob o lema “por uma sociedade sem manicômios”. Estabeleceu-se que a denúncia da estrutura manicomial e a crítica de seu paradigma fundante deveriam ultrapassar o tom crítico e público em relação ao tecnicismo, assistencialismo e à ineficácia em relação aos cuidados com o sujeito em sofrimento psíquico. Questões sociais advindas dos debates realizados naquele contexto e que orbitavam o campo da saúde mental deveriam ser endereçadas, para que as denúncias culminassem em propostas de transformação do modelo criticado. No dia 18 de maio de 1987, data de

realização do II Congresso Nacional do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, foi formalizada esta aliança constituinte do MNLA. Este é o dia de celebração da Luta Antimanicomial no Brasil (48).

As alterações no sistema, demandadas pelo MNLA, ultrapassavam o âmbito formal e administrativo; representavam um giro paradigmático das concepções de transtorno mental, práticas de enfrentamento e tratamento de condições classificadas então como doenças mentais ou sofrimento psíquico. Transcendendo o debate estava a busca por reconhecimento de direitos plenos dos sujeitos identificados com referidas condições (49).

Como reflexo da mencionada mudança do conceito de cuidado em saúde, as práticas psiquiátricas tiveram que repensar o seu objeto de estudo; não mais a doença, mas sim o ser humano que a portava, com todas as suas características individuais. Insurgia-se, conseqüentemente, contra o processo de institucionalização que lhe era característico, reverberando em danos ligados à longa permanência coagida no hospital psiquiátrico (46).

Torna-se necessário o reconhecimento do desrespeito aos Direitos Humanos dos pacientes psiquiátricos em virtude da institucionalização ocorrida nos hospitais psiquiátricos. Os Direitos Humanos e a individualidade dos pacientes encarcerados nestes hospitais foram alvo de denúncias; a crítica à institucionalização passa a ganhar força a partir de meados do século XX (10). Tais críticas foram o embrião dos movimentos de reforma, como a brasileira.

Na Itália, antes da reforma ocorrida em 1978, saúde mental era um tabu, uma discussão ignorada. Famílias escondiam os pacientes, que ficavam reclusos em hospitais inacessíveis. As condições dos hospitais psiquiátricos italianos foi declarada escandalosa, por psiquiatras italianos e estrangeiros, sob o regime fascista que, inclusive, influenciou o Código Penal brasileiro. As condições de sobrevivência e o respeito aos Direitos Humanos foi sendo deteriorada (10).

Afirmava-se que pessoas que sofriam “alienação mental” (conceito da época) seriam perigosas para si ou para os outros, causando escândalo público, devem ser tratadas e mantidas em manicômios. A consequência do transtorno mental naquela época era o confinamento por toda a vida no hospital (11).

Destaca-se que outros países da Europa e Estados Unidos passaram a questionar a institucionalização do paciente psiquiátrico. Ainda que de modo menos intenso que a proposta italiana, a insurgência contra as instituições totais,

como o manicômio, representavam o *zeitgeist* europeu nos anos 1960 e 1970 (10).

No que diz respeito às medidas de segurança na Itália, a pesquisa apresentada por Barbui *et al.* (47) conclui que a diminuição de leitos psiquiátricos não aumentou o uso de hospitais psiquiátricos judiciários. Em 1980, havia 1424 PAJs; em 1987, eram 977. Em 2012, 1264 pacientes cumpriam medidas de segurança. Em 2016, após o fechamento dos hospitais psiquiátricos judiciários, 541 pacientes foram encaminhados para residências terapêuticas, com acesso a tratamento intensivo em casos mais graves, e 201 foram encaminhados para unidades psiquiátricas em prisões, totalizando 742 PAJs (12, 47).

A Itália tem as mais baixas taxas de criminalidade; em 2017 eram 59 assassinatos para cada 100.000 pessoas. Considera-se uma taxa baixa em consideração ao restante do mundo. Não é possível afirmar que exista uma ligação entre os índices de criminalidade e o fechamento de todos os hospitais psiquiátricos; de todo modo, é colocado em xeque o estigma da periculosidade, cujo entendimento se baseia na crença de que sem hospitais para conter os pacientes haveria mais crimes (12).

As regras para a internação involuntária não se fundamentam na periculosidade ou em alguma visão preconcebida do paciente. Tratamentos involuntários ocorrem apenas se o paciente precisa de assistência médica urgente e no momento da emergência não tem condições de decidir sobre o tratamento. Os direitos do paciente devem ser solicitados por dois médicos, sendo um deles funcionário do serviço nacional de saúde. O tratamento é autorizado por um juiz, que acompanha o andamento da internação periodicamente. O tratamento não é supervisionado por agentes ligados à segurança pública (11).

Após a reforma de 1978, houve um segundo momento reformista na Itália. Em 2008 os seis hospitais psiquiátricos forenses da Itália tiveram o seu processo de fechamento iniciado. Concomitantemente, eram implementadas residências para a execução de medidas de segurança, sem características asilares ou hospitalares, com no máximo 20 moradores, e planejadas para cuidado intensivo e especializado nos PAJs (50).

A lei italiana 81/2014 estabeleceu o prazo de março de 2015 para o fechamento de todos os hospitais psiquiátricos forenses. Esse trabalho de desinstitucionalização complementou a reforma iniciada no fim dos anos 1970,

uma vez que a Lei Basaglia não abarcou as medidas de segurança e os PAJs. Havia diferença de tratamento entre os pacientes psiquiátricos e os PAJs, que não foram incluídos no debate em 1978, e eram submetidos às condições que a lei da reforma buscava eliminar. Atualmente a situação clínica é avaliada por meio de instrumentos de gerenciamento de risco, de modo a verificar qual a intervenção necessária, se em unidades intensivas ou comunitárias. Os dados mostram que após um período de um ano, os casos mais agudos são estabilizados, com diminuição de mais graves, não havendo piora no quadro (50).

Percebe-se que a então emergente luta contra a estrutura asilar e a institucionalização que lhe era peculiar não envolvia tão somente aspectos terapêuticos, mas também sociais, na medida em que sua crítica e proposta rompiam também com a forma como a sociedade lidava com as pessoas com transtornos mentais. Assim, o MNLA buscou a referência internacional, especialmente a italiana; buscou também a inclusão social dos pacientes psiquiátricos, sob o argumento de que somente por meio de tratamento no seio da sociedade esses pacientes poderiam preservar, reconstruir e/ou ressignificar suas vivências e identidade como seres humanos.

### **3.2.1. A Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira e seu novo modelo de internações**

A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (2), somente foi publicada após décadas em trâmite (o projeto original é de 1989, um ano após a promulgação da Constituição Federal, mesmo ano do projeto de lei do SUS, votada e vigente a partir de 1990). Apesar do atraso em sua aprovação, a lei consagra os valores defendidos pelo movimento antimanicomial brasileiro, bem como o compromisso do Estado em promover a saúde mental.

A partir dessa lei, rompeu-se formalmente com o paradigma manicomial. Destaca-se também que elaboração de normas de proteção aos pacientes psiquiátricos nos moldes dos Direitos Humanos é um dos parâmetros analisados pela OMS ao investigar a proteção dos Direitos Humanos no mundo, de acordo com o Atlas da Saúde Mental (1).

A lei da reforma psiquiátrica passa a regular as categorias de internação, a saber, voluntárias, involuntárias e compulsórias. As internações voluntárias, em que existe o consentimento do paciente, podem ser realizadas após autorização de médicos da circunscrição do local do hospital psiquiátrico. As involuntárias dependem de autorização médica, bem como de comunicação, por parte do técnico hospitalar responsável, ao Ministério Público Estadual, no prazo de 72 horas, ato esse que se repetirá no momento da alta hospitalar, salientando-se que a internação involuntária se encerrará a pedido do familiar ou responsável, ou pelo médico (2). Nota-se que a internação se dá exclusivamente a pedido do médico, mas a desinternação também pode ocorrer a pedido da família/responsável pelo paciente.

A internação compulsória leva em conta a periculosidade do agente e é determinada por autoridade judicial. O art. 9º da lei em apreço demonstra preocupação com a estrutura de segurança da unidade de tratamento, tanto para o paciente, como para os demais internados e funcionários (2).

A internação voluntária ou involuntária envolve a admissão do paciente por período igual ou maior que 24 horas, e não a sua retenção. No Brasil, a Lei da Reforma Psiquiátrica não estabelece o tempo limite da internação involuntária; apenas que sua conclusão ocorre por solicitação escrita do familiar, responsável legal ou especialista responsável pelo tratamento. Devido à ausência do período máximo de duração da internação involuntária na legislação brasileira, o referencial dos Direitos Humanos passa a ser uma importante fonte de direito para o caso concreto. A Corte Europeia de Direitos Humanos, inclusive, afirma que a retenção deve ocorrer em instituição de saúde adequada que proveja tratamento com qualidade (51).

Internação não é sinônimo de tratamento. Por isso, a devida cautela é sempre necessária, no que diz respeito ao cuidado em saúde prestado durante a internação, de modo a se alcançar o bem-estar do paciente por meio do enfrentamento de doença, transtorno ou agravo em saúde, além de todas as práticas terapêuticas ensejadoras da saúde em seu sentido de melhor estado possível de bem-estar físico e mental.

A internação, em qualquer modalidade, é excepcional, e deve visar unicamente à preservação da vida do paciente. A Lei nº 10.216, de 2001 (2), ao diferenciar tratamento de internação, reafirma que o escopo permanente do

tratamento é a reinserção do paciente em seu meio social; e que a internação deve ser estruturada de modo a oferecer cuidado integral ao paciente, incluindo-se aí serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, entre outros (51).

### **3.2.2. Rede de Atenção Psicossocial**

A Lei da Reforma Psiquiátrica (2) estabeleceu a reorientação do paradigma de atenção em saúde mental do manicomial para o psicossocial, que privilegia a integração do paciente psiquiátrico no âmbito da comunidade. O tratamento é preferencialmente ambulatorial, prestado não apenas por médico, mas por uma equipe multidisciplinar, não se restringindo ao uso de medicamentos. Criou-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Referidas unidades de tratamento substitutivas ao manicômio são a porta de entrada, na maior parte das vezes, da atenção em saúde mental pelo SUS. As internações, como visto, consistem em medida excepcional.

Os CAPS não consistem em instituições hospitalares, não reproduzem o ambiente hospitalar e buscam viabilizar a reinserção dos pacientes no ambiente comunitário e familiar. A reabilitação parte de uma proposta de tratamento individualizada, por meio da terapia farmacológica tradicional, aliada a práticas de expressão e ocupacionais (arte em geral, marcenaria e outras atividades profissionalizantes). Percebe-se, portanto, que os CAPS são compostos por equipes multiprofissionais e ações intersetoriais (9).

As internações são possíveis, desde que por períodos curtos e apenas em quadros de crise, sendo que tanto a internação quanto o posterior encaminhamento ambulatorial e psicossocial, no caso de quadros persistentes, ocorrem no âmbito da RAPS. A partir da reforma psiquiátrica, da lei e das políticas públicas que dela reverberam, essa rede de atenção psicossocial é a expressão maior de estratégias, práticas e serviços abertos e de base territorial que, paulatinamente, foram criando um modelo de atenção substitutivo à lógica asilar (52).

Entretanto, importa mencionar que a implementação da RAPS e seu funcionamento não encontraram ainda a eficiência adequada, sobretudo nos casos de crise aguda dos pacientes. Desde o momento prévio ao atendimento

pelo SAMU (serviço de atendimento móvel de urgência), Oliveira *et al.* (53) informam que as práticas são marcadas por mecanicismo e falta de capacitação, além de falta de articulação com os demais pontos da rede. Informam ainda os autores que a contenção física e química é a principal forma de assistir às pessoas em situações de urgências e emergências psiquiátricas. Referidas medidas de contenção também foram constatadas por Souza *et al.* (54).

Com relação à atuação e integração dos profissionais dentro da RAPS, dificuldades e divergências também são encontradas. Santos *et al.* (55) apresentam estudo com funcionários do CAPS. O resultado foi a verificação de alta rotatividade de profissionais, falta de capacitação adequada e atualizada, além de estrutura de trabalho precária, falta de financiamento, materiais e recursos humanos. Apresentou-se também dificuldade de organização e falta de protocolos de trabalho nos serviços da RAPS, além de falta de comunicação adequada entre os pontos da rede, dificultando o fluxo de serviços (56).

No que diz respeito ao atendimento de emergência em hospital geral, foram realizadas entrevistas com funcionários no estudo de PEREIRA *et al.* (57). O resultado apresentou relato de dificuldades de estrutura física e recursos materiais, além da superlotação e falta de conhecimentos específicos da equipe e ausência de profissional especializado no serviço de emergência.

Os desafios para serviços de saúde mental de qualidade não são exclusividades do Brasil. A OMS publicou seu Atlas de Saúde Mental em 2021. Somente 51% dos estados relataram que a política ou plano de saúde mental que adotaram estava em consonância com os instrumentos internacionais e regionais de Direitos Humanos; 52% informaram ter cumprido com atividades de prevenção e promoção de saúde mental (1).

A OMS recomenda que o cuidado em saúde mental ocorra dentro da comunidade. Entretanto, 25% dos países que reportaram a organização cumpriram os requisitos de integração da saúde mental nas políticas de atenção primária à saúde; há limitação também na oferta de medicamentos psiquiátricos. Houve progresso na promoção de programas de capacitação nos países, frisando-se também a oferta do *Quality Rights* pela OMS (1).

No que diz respeito à alocação de recursos orçamentários para a saúde mental, relata-se que países de média renda alocam em média 70% de seu orçamento em hospitais psiquiátricos, ao passo que países de alta renda alocam

em média 35%. Evidencia-se a necessidade de desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, especialmente em países de média renda, como o Brasil (1).

Trazendo a necessidade de desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos para a realidade brasileira, a política pública em saúde mental das residências terapêuticas (RTs) representa novas perspectivas para pacientes psiquiátricos institucionalizados. O Atlas da OMS, por sinal, destaca que esse tipo unidades de atenção em saúde mental ainda possui baixa representatividade no mundo (1).

A Lei nº 10.708/03 (58) busca nas RTs uma alternativa à internação manicomial, no caso de egressos de internações prolongadas, em que não há a possibilidade exclusiva de atendimento ambulatorial e/ou assistência familiar, em respeito ao princípio da integralidade. O número de moradores pode variar desde um até oito; os trabalhadores variam entre supervisor, cuidador, estagiário e outros, a depender do nível de autonomia dos pacientes (54). Há duas modalidades de RT: a do tipo I é destinada a pacientes com mais independência, cujas necessidades estão mais ligadas à inclusão social por meio de trabalho, educação, lazer, entre outros fatores mais básicos. Já as do tipo II recebem pacientes mais dependentes de funcionários para as atividades rotineiras da casa (59).

Os recursos para implementação tem origem nos leitos de hospitais psiquiátricos desativados, repassados ao município de localidade das residências. Entre os anos 2000 e 2015, aproximadamente 50% dos leitos de internação prolongada em hospitais psiquiátricos foram reduzidos (de 51.393 para 25.126). Já as RTs contam com cobertura em apenas 20 estados brasileiros, mas registraram aumento de 40, no ano 2000, para 621, até novembro de 2018, totalizando com pouco mais de 3400 residentes (60).

O alicerce da prestação do serviço em análise é a relação articulada e interdisciplinar entre as RTs, o CAPS e o Programa de Saúde da Família, conectadas pela RAPS, de modo a buscar a atenção integral do paciente. O CAPS presta o atendimento psicossocial especializado, e o atendimento clínico para outras demandas de saúde, quando necessário, é prestado pela equipe de saúde da família da região em que a RT está localizada. Dessa forma, é

viabilizada prestação de serviço que observe a singularidade do sujeito, a quem não devem ser dirigidas apenas ações de natureza coletiva (60).

Voltamos ao exemplo italiano. O objetivo da reforma não era necessariamente o fechamento dos hospitais. Era tratar os pacientes psiquiátricos do mesmo modo que outros pacientes. Os dados estatísticos demonstram que a reforma não gerou aumento de suicídios, de internações involuntárias ou em hospitais judiciários (47). Além disso, as residências terapêuticas modificaram o padrão de atitudes ligadas aos PAJs, de práticas de custódia para práticas clínicas. O planejamento individualizado do tratamento se mostra como fator chave para a redução da severidade dos casos (50).

É importante destacar que, a despeito das inovações e da busca pela remodelação da saúde mental no Brasil, com garantias legais e fundamento constitucional, há um movimento de contrarreforma psiquiátrica. Trata-se de uma tendência recente de possível retorno ao modelo manicomial e hospitalocêntrico, sob o eufemismo de “reorientações” nas políticas em saúde mental.

A volta de financiamento a leitos hospitalares psiquiátricos, por meio de convênios com o setor privado, criação de ambulatórios para quadros clínicos menos severos em uma estrutura de serviço desarticulada da RAPS e da atenção primária, são elementos desagregadores que demandam atenção (61).

### 3.3. DISSONÂNCIA ENTRE A LEI PENAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Importante destacar que os PAJs, ainda são submetidos ao controle manicomial, a despeito de todas as inovações advindas da luta antimanicomial, positivadas em lei há mais de vinte anos. Esse paciente não tem acesso à Política Nacional de Saúde Mental em sua integralidade, haja vista a internação psiquiátrica com prazo mínimo de um ano estabelecida pelo Código Penal aos inimputáveis, em resposta a ilícitos penais puníveis por reclusão, mencionada no capítulo anterior.

No que diz respeito aos PAJs, a internação é a regra, prevista em lei, a despeito da existência da Lei de Reforma Psiquiátrica (2), que tem como fundamento a desinstitucionalização, a quebra do paradigma manicomial e a excepcionalidade da internação. Destaca-se que os fatos puníveis por reclusão

são a maior parte das condutas previstas no Código Penal (5). Trata-se de fatos de maior ofensividade, em que há o uso de violência e grave ameaça.

Destaca-se ainda que o prazo mínimo de um ano das medidas de segurança é tempo suficiente para a caracterização de longa internação, de acordo com o Ministério da Saúde, na Portaria nº 2.840/2014, que cria o programa de desinstitucionalização, da RAPS, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (62).

### 3.4. PERICULOSIDADE E DIREITOS HUMANOS

Analisando-se o contexto das medidas de segurança, da reforma psiquiátrica e das políticas públicas em saúde mental, constata-se a necessidade de reformulação do conceito de periculosidade.

As medidas de segurança se fundamentam na ideia de risco advinda do transtorno mental, que desconsidera a complexidade da subjetividade dos PAJs; ela apenas os considera sob o prisma de sua enfermidade e do fato praticado. Essa ideia de risco está imiscuída na percepção da exclusividade do manicômio como possibilidade de tratamento do transtorno mental, e sua atualização, ocorrida há quase quarenta anos, foi deveras tímida e abrange uma quantidade muito pequena de fatos, restritos aos apenados com detenção e as infrações penais menos gravosas.

Medidas coercitivas (como as medidas de segurança), enquadradas no âmbito da Lei nº 10.216/2001 (2) como internações compulsórias (pois são determinadas judicialmente), não geram resistência à comunidade em geral. Líderes da *Quality Rights*<sup>1</sup> afirmam que a mudança dessas práticas é desafiadora, considerando que são vistas como necessárias para a proteção social contra o dano. Afirmam também que não há evidência científica da efetividade das medidas coercitivas em saúde mental. Insurgem-se contra as tomadas de decisão em substituição, afirmando que as escolhas dos pacientes durante o tratamento disponibilizado, além da ciência das intervenções realizadas e seu efeitos também é importante para a garantia de seus Direitos Humanos. Em caso de urgência ou

---

<sup>1</sup> Programa da OMS que visa capacitar e orientar os países rumo a práticas de saúde mental que contemplem os Direitos Humanos, a ser descrito no capítulo 3.

impossibilidade dessa comunicação por parte dos pacientes, as escolhas devem ser feitas a partir da probabilidade dos interesses dos pacientes, definidas a partir da informação disponível (63).

As medidas de segurança tem como justificativa o risco de dano à vida ou integridade física que os pacientes apresentam para si ou para os outros; essa é uma definição de periculosidade. Concordando com Funk e Drew (63), Mahdanian *et al.* (64) afirmam que “a literatura científica indica que as pessoas raramente questionam a internação involuntária e tratamento de pacientes com sofrimento mental quando há risco de dano”. Além disso, há informações de violações em instituições psiquiátricas em países cuja legislação não está de acordo com os Direitos Humanos, especialmente a CPPD; nesses países as violações são mais significativas (64).

Em 2019, o Comissário do Conselho da Europa para Direitos Humanos, ao analisar a responsabilidade, afirmou que rejeição e isolamento de pessoas com deficiências psicossociais enraizaram “medo e preconceito de que são automaticamente perigosos para si e para os outros, apesar de evidências em sentido contrário” (65).

No entendimento de Jim Probert (66), a maioria de indivíduos diagnosticados com transtornos mentais nunca serão violentos com outras pessoas. Os tipos de suporte disponíveis no serviço em saúde estão diretamente ligados às taxas de recuperação. A Sociedade Britânica de Psiquiatria, segundo o autor, recomendou uma revisão da forma que o transtorno mental é pensado, começando pelo reconhecimento de que a esmagadora maioria das evidências de que em um espectro com a experiência normal, pobreza, desemprego e trauma são os fatores causais mais fortemente evidenciados.

Em estudo quantitativo e de revisão bibliográfica realizado na Coréia do Sul, afirmou-se que existem três estratégias contra a percepção estigmatizada do paciente psiquiátrico como pessoa perigosa e violenta: a educação, o protesto e o contato pessoal ou comunitário (em razão de tratamento psicossocial). Como resultado, anota-se que o público enxerga tais pacientes como perigosos e imprevisíveis, e evitam interação (67).

Já em estudo quantitativo neozelandês, que cobriu a execução de instituto penal equivalente à medida de segurança brasileira, por um período de 30 anos, verificou-se a dificuldade de administração de serviços psiquiátrico-forenses,

PAJs, Direitos Humanos, necessidades de tratamento médico e de reabilitação, segurança pública e interesses das vítimas. Pacientes com restrição de liberdade necessitam de revisão de sua situação de restrição e negligência pelo direito sanitário do país em questão, especialmente no que diz respeito à reforma da legislação de saúde mental, ainda pendente. Essa reforma foi recomendada por uma pesquisa realizada pelo governo, haja vista que a lei neozelandesa apresenta pouca orientação e critérios para pacientes internados (68).

Os juízes da Nova Zelândia, de acordo com o estudo de Palmer *et al.* (68) entendiam que o risco de práticas ilícitas futuras era justificado por práticas passadas e laudos médicos. Houve mudança legislativa no que diz respeito ao tratamento psiquiátrico em 1992, termo inicial da pesquisa. De todo modo, a análise documental realizada nos respectivos processos judiciais não deixava claro como a análise de risco do paciente foi realizada. Não foram referenciados cálculos atuariais, ferramentas de julgamento estruturada (68).

Na Inglaterra e País de Gales, 1,6% dos crimes violentos graves documentados foram cometidos por usuários que tiveram contato com os serviços de saúde mental devido a esquizofrenia ou algum tipo de surto nos 12 meses anteriores ao crime. Desses, 85% fizeram uso ou eram dependentes de drogas ou álcool. Percebeu-se então que se não houver uso de drogas ou álcool, o risco de um paciente psiquiátrico cometer um crime é muito pouco maior do que o de uma pessoa socialmente (e equivocadamente) vista como *normal* (69).

O relatório da investigação nacional e confidencial sobre suicídio e homicídio no Reino Unido informa que 11% dos condenados por homicídio eram usuários de serviços de saúde mental (70). A investigação independente sobre os casos de ligados a homicídios, conduzida pelo NHS, informa que 75% dos casos reportados relataram uso de drogas ou álcool. A investigação do serviço de saúde britânico também informa, em uma análise comparada, que em 2016 os indivíduos com esquizofrenia ou transtorno bipolar (patologias mais comuns nesse tipo de homicídio) foram responsáveis por 10% de todos os homicídios nos Estados Unidos da América e na Alemanha, 11% na Suécia e 15% na Dinamarca. Em Singapura, 9% dos homicídios estavam ligados a surtos psicóticos (71).

George Szmukler (72), ao analisar a situação do Reino Unido, afirma que o estereótipo que sustenta a associação entre saúde mental e violência não se justifica, se confrontada com dados estatísticos. Para o autor, pacientes

psiquiátricos não são mais violentos que o restante da população, ou apenas um pouco mais. A exceção é o uso de drogas ou álcool, mas esse fator também influencia violência entre pessoas que não são pacientes psiquiátricas, segundo meta-análise referenciada pelo autor. Portanto, não há justificativa para medidas coercitivas involuntárias por longos períodos (72).

Entre 1940 e 1984, o Código Penal previa apenas a internação como meio de execução das medidas de segurança (5). Em 1984 foi realizada uma reforma legislativa (20), que incluiu no sistema penal brasileiro as medidas de segurança ambulatoriais. Entretanto, essa alteração proporcionou poucas mudanças práticas. Como informado no capítulo anterior, o critério de diferenciação entre as medidas de segurança de internação (objeto de estudo desse trabalho) e as medidas de segurança ambulatorial depende da gravidade do ilícito praticado, se punível com detenção (menos graves, sem violência) ou com reclusão (praticados mediante violência (5)).

Percebe-se a persistência lógica que confere à gravidade do fato o protagonismo na definição do cumprimento da sanção penal com ou sem confinamento. O quadro clínico do PAJ não é critério para o cumprimento das medidas de segurança (5).

Isso posto, afirma-se que as medidas de segurança têm na reabilitação sua função por meio do melhor tratamento para o quadro clínico apresentado, de acordo com o preconizado pela reforma psiquiátrica, pela lei que a fundamenta e pela RAPS. Entretanto, essas diretrizes não são levadas em consideração; o PAJ fica internado por no mínimo um ano, e fora da responsabilidade do serviço de saúde pública, mas da administração prisional. A lei brasileira relativa à saúde mental afirma que ele é um paciente; contraditoriamente, o Código Penal o reconhece como ser que não pode ser penalizado, mas o pune com a internação compulsória (5).

Portanto, a despeito de reformas realizadas na lei penal, persiste o direcionamento normativo a partir da cultura manicomial e das respectivas ideias de segregação das pessoas com transtornos mentais, haja vista à persistência do conceito de periculosidade, já ultrapassado de acordo com a literatura internacional, no núcleo das medidas de segurança. No que diz respeito às noções de periculosidade e respostas a partir do discurso manicomial, é necessária a “readequação de seu fundamento” (73).

A modalidade da medida de tratamento do PAJ não deve ser definida em virtude do ato cometido, mas sim pelo transtorno apresentado. A internação deve ser subsidiária e determinada principalmente pela gravidade da situação (caso o paciente esteja em surto ou crise), dentro dos critérios da Lei da reforma psiquiátrica.

Sobre a periculosidade e internações, Albuquerque (51) anota que

A admissão involuntária e a retenção do paciente são comumente justificadas pela “necessidade médica ou pela “periculosidade”. Essas justificativas apresentam carga elevada de subjetividade. (...) Essas medidas perpetuam a assimetria de poder entre o paciente e os profissionais, exacerbam o estigma e a discriminação e afastam as pessoas de buscar os serviços de saúde mental. (51).

As medidas de segurança de internação e a noção de periculosidade que as sustenta traduzem a afirmação de Mahdanian *et al.* (64) no sentido de que a “combinação do diagnóstico psiquiátrico e o risco para si ou outros geralmente é considerada justificativa legal e médica suficiente para a coerção psiquiátrica, enquanto há muitos outros fatores a serem considerados”.

Em revisão bibliográfica sobre o discurso empregado nas decisões de internação de PAJs, também foi enfatizada a frequência dos discursos proteção, segurança, risco e periculosidade como fundamento de internações, sob vigência do *Mental Health Act* de 1983 e sua emenda de 2007 (74).

A despeito da existência da Lei 10.216/2001 (2) e da incorporação da CPPD (14) no sistema jurídico brasileiro por meio de decreto, as medidas de segurança de internação continuam com o mesmo texto de 1940, contrário aos Direitos Humanos, e fundamentadas no conceito de periculosidade, contrário à CPPD e à literatura apresentada. Mahdanian *et al.* (64) criticam sistemas normativos como o brasileiro, no que tange às medidas de segurança, também compreendidas como medida coercitiva. Afirmam que, a despeito de mudanças procedimentais (ligadas a competência de autorização da medida coercitiva, o tempo de duração, sistema de revisão e recursos, entre outras), os critérios e noções fundamentais dificilmente foram desafiados. Essa é a proposta do presente trabalho.

O sistema de desinternação condicional, mencionado no capítulo anterior, estabelecido em lei, prevê que, ao ser colocado em liberdade, o PAJ estará sob supervisão judicial; em caso de reincidência, será reinternado. Esse dispositivo normativo merece ser complementado pela supervisão advinda do atendimento

psicossocial do Sistema Único de Saúde, em uma forma de gestão compartilhada e dialógica do serviço, permitiria maior alinhamento entre as medidas de segurança e a Política Nacional de Saúde Mental (73).

Contudo, essa substituição deve ser gradativa, eis que existem internos há muito tempo segregados do convívio social, e sua inserção social de forma integral e abrupta pode gerar retrocessos à reabilitação. Nesse contexto, os laudos de cessação de periculosidade, imprescindíveis para a desinternação, necessitam desconsiderar a visão tradicional de periculosidade e partir para uma análise multidisciplinar, principalmente a partir da intersecção entre saúde, direito e serviço social.

Afinal, países mais desenvolvidos, como a Itália, conforme dito antes, descartaram a concepção de periculosidade (conceito de pouca verificabilidade científica), ao banir por completo os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, enquanto o Brasil permanece com uma lógica de diagnósticos clínicos e exames anamnésicos, vinculados ao paradigma biomédico (73).

Os Direitos Humanos, por meio da CDPD (14), estabelecem para os países signatários o dever de não mais ter em seu território práticas baseadas na força, medidas coercitivas e tomadas de decisão em saúde mental substituição; insta os países a praticar a vontade e preferência dos pacientes, ou então desempenhar ações de acordo com a interpretação do que são seus interesses e preferências. No próximo capítulo, que trata do enquadramento normativo dos Direitos Humanos aplicáveis às medidas de segurança, a CDPD será especialmente comentada, mas é importante que as bases de seus parâmetros seja apresentada desde já (63).

De acordo com a OMS, 10% das internações no mundo foram involuntárias. A organização afirma ter ciência de que planos, políticas e leis dos estados não atingem os parâmetros de Direitos Humanos de maneira integral. Permitem internações involuntárias e tratamento médico involuntário, confinamento, contenção, além de não possuírem normas que promovam a capacidade decisional dos pacientes (1).

Encontrar alternativas e buscar novas perspectivas é um importante desafio para a garantia dos Direitos Humanos dos PAJs. Para tanto é necessária a busca pelo saneamento das contradições apresentadas, de modo a equilibrar os sistemas criminal e de saúde mental. Essa trajetória é possível e mediada pelo

arcabouço teórico-normativo dos Direitos Humanos em sua interface com a Bioética.

#### **4. BIOÉTICA BASEADA NOS DIREITOS HUMANOS APLICADA À MEDIDA DE SEGURANÇA**

Uma vez apresentados os tópicos centrais do presente trabalho, a saber, o contorno normativo das medidas de segurança e da reforma psiquiátrica, importante que seja apresentado o referencial teórico da presente pesquisa, configurado nos Direitos Humanos. Nesse contexto, é necessário o enquadramento e recorte desse referencial, para então partir-se, nos capítulos seguintes, para a fase de discussão de possibilidades e propostas de alternativas de direcionamentos, para que o cumprimento das medidas de segurança ocorra de modo centrado no PAJ, o qual, conforme será observado, é sujeito de direitos.

##### **4.1. DIREITOS HUMANOS: DELIMITAÇÃO CONCEITUAL**

Dentro do referencial teórico proposto, o enfoque e dimensionamento dados neste trabalho são da articulação entre Direitos Humanos e Bioética. Nesse sentido, primeiramente, na escolha de uma delimitação conceitual para os Direitos Humanos, destaca-se a centralidade dos fundamentos teóricos que legitimarão a exigência de referidos direitos perante o Estado. Eles constituem demandas e pretensões éticas e valores e normas legalmente previstas, haja vista que sua realização pressupõe previsão no ordenamento jurídico internacional, mas a ele não se restringe (75).

Albuquerque e Barroso (75) afirmam que “o discurso político sobre Direitos Humanos os considera como um instrumento dos oprimidos pelo poder, como uma arma moral apta a instrumentalizá-los contra a tirania”. Trata-se, portanto, na esfera política, não só de um discurso estatal no espaço internacional, mas também de um arcabouço de possibilidades de reivindicação social contra práticas de opressão.

O Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos define Direitos Humanos como aqueles que todos os seres humanos têm a prerrogativa de desfrutar, sem qualquer tipo de distinção. São garantidos legalmente pelo Direito Internacional dos Direitos Humanos, protegendo individualmente e coletivamente contra práticas que interfiram em liberdades fundamentais e na dignidade humana. São expressos em tratados, leis internacionais ordinárias,

princípios e outras fontes de direito. O Direito Internacional dos Direitos Humanos contém obrigações de conduta definida aos estados. Entretanto, a lei não institui os Direitos Humanos; trata-se de prerrogativas inerentes a qualquer pessoa, como consequência de sua condição humana (76).

Direitos Humanos são indivisíveis, inter-relacionados e interdependentes, uma vez que o respeito de apenas alguns deles em detrimento de outros é insuficiente e não oferece a mudança que preconizam. Na prática, o desrespeito a um direito humano terá um impacto em vários outros, destacando-se a necessidade de igual importância a todos os Direitos Humanos, igualmente essenciais, em virtude do valor e dignidade que cada um ou uma possui (76).

Jack Donnelly (77,78) também conceitua os Direitos Humanos a partir de sua universalidade, como prerrogativas que todos os seres humanos têm, em virtude de pertencerem à espécie humana. São direitos universais, pois todos os seres humanos o são (ou devem sê-lo) igualmente. Não consistem apenas em valores abstratos; são compreendidos em um conjunto de práticas e compromissos sociais necessários para que esses valores sejam atingidos, moldando a relação ideal entre os indivíduos e o Estado.

Os Direitos Humanos foram construídos historicamente e são reconhecidos em normas internacionais a eles afetas, no contexto da ONU. São fruto de uma visão moral particular que, a partir do consenso entre seus signatários, permite o seu reconhecimento como melhor maneira de promover a natureza humana e propor parâmetros para as relações sociais e políticas do mundo contemporâneo (77,78).

Há também uma possibilidade de fundamentação dos Direitos Humanos a partir da abordagem do consenso obtido pela comunidade internacional, por meio de seus representantes, haja vista a existência de um “consenso sobreposto, de base política e que abarca teorias não compreensivas, como as religiosas e filosóficas, que confere legitimidade e fundamento aos Direitos Humanos previstos na Declaração Universal dos Direitos Humanos” (75).

Para além dessa fundamentação política, os Direitos Humanos também possuem uma dimensão jurídica, definida por Albuquerque e Barroso (75) como

Direitos que as pessoas têm tão somente pelo fato de pertencerem à espécie humana, são direitos legalmente assegurados em normativas internacionais, centrados na dignidade humana, que visam à proteção de pessoas ou grupos

populacionais, e possuem caráter vinculante para os Estados, assim como são interdependentes e universais. (70).

O presente trabalho adotará o conceito de Albuquerque e Barroso (75), em suas dimensões política e normativa.

#### 4.2. DIREITOS HUMANOS E BIOÉTICA: UMA PERSPECTIVA DE INTEGRAÇÃO

Direitos Humanos e Bioética estão bem mais próximos do que parece. Ambos surgem a partir dos eventos da Segunda Guerra Mundial, Holocausto e Julgamento de Nuremberg. A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), de 1948, que inaugura a visão moderna de Direitos Humanos, é contemporânea do Código de Nuremberg, que estabelece princípios para a pesquisa médica, após a descoberta das experimentações científicas feitas com seres humanos em campos de concentração nazistas. Bioética e Direitos Humanos foram forjados no mesmo contexto (79).

Para Schütz (80), durante o nazismo teorias e práticas médicas ligadas à eugenia foram realizadas, posteriormente descobertas e compreendidas como criminosas. Referidas práticas tiveram um importante papel na execução do Holocausto, e desses fatos foram extraídas reflexões bioéticas, levando-se em conta que os médicos responsáveis foram inclusive julgados como criminosos da guerra cujos impactos culminaram na ONU e da implementação de um sistema internacional de proteção de Direitos Humanos. Nesse sentido, Andorno (81) complementa destacando que a Unesco “herdou o legado filosófico e humanista que emergiu como resultado da Segunda Guerra Mundial”; esta herança, décadas seguintes, fomentou o debate bioético e a DUBDH em 2005.

Andorno ainda conceitua Direitos Humanos como prerrogativas que as pessoas possuem em virtude de sua humanidade; afirma também que essas prerrogativas dizem respeito a condições básicas necessárias para uma vida minimamente boa, com integridade física e mental, liberdade, privacidade, igualdade de tratamento, entre outros fatores. A partir disso, há uma ligação estreita e complexa entre Direitos Humanos e assuntos ligados à medicina e saúde. O autor afirma que não é surpreendente que documentos internacionais relativos à Bioética sejam enquadrados em uma abordagem baseada em direitos,

correspondendo a um campo específico do Direito Internacional dos Direitos Humanos (81).

Os princípios essenciais a questões biomédicas com possíveis impactos ao tema da presente pesquisa podem ser encontrados nos principais documentos dos Direitos Humanos em sua perspectiva internacional. A DUDH lista alguns direitos que desempenham um importante papel nesse cenário: a dignidade humana; a proibição de todas as formas de discriminação; o direito à vida; a proibição de tratamento cruel, inumano ou degradante; a proteção à privacidade e informações pessoais e o direito a cuidados em saúde. Andorno, ao referir-se sobre o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos de 1966, adotado pela ONU, menciona que o artigo 7º de tal norma apresenta, pela primeira vez, o requisito de livre consentimento dos participantes de pesquisas biomédicas. O pacto em questão também reconhece um importante direito para a Bioética, qual seja, o direito ao acesso a cuidados em saúde, definido no art. 12.1 como o mais alto parâmetro de saúde física e mental possíveis. Os Estados signatários comprometeram-se a, de modo progressivo, dar passos para realizar os direitos descritos no pacto, utilizando todos os recursos disponíveis (79).

Há outros instrumentos do Direito Internacional dos Direitos Humanos que incluem normas relevantes à Bioética, mas que não serão abordados diante da ausência de conexão com o tema desta pesquisa. O próximo capítulo deste trabalho versará sobre o enquadramento normativo de Direitos Humanos aplicável ao tema, destacando-se a Convenção contra a tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, de 1984, e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), de 2006 (14).

A Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), publicada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), não tem natureza vinculante aos signatários. A DUBDH traz em seu bojo a abordagem dos Direitos Humanos aplicados à Bioética, uma vez que toca em assuntos relevantes dessa temática ao campo biomédico, estabelecendo parâmetros conformativos entre a Bioética e os Direitos Humanos nas práticas biomédicas (79).

No texto da DUBDH, é asseverada a importância da salvaguarda da dignidade humana, Direitos Humanos e liberdades fundamentais, e que a interpretação do exposto na declaração deve ocorrer de acordo com o Direito

Internacional dos Direitos Humanos, base para medidas legislativas passíveis de adoção pelos Estados Membros. Trata-se de um ponto de partida para que princípios bioéticos sejam conformados à legislação internacional de Direitos Humanos; é nesse ponto que se encontra a relevância da DUBDH, ainda que ela não possua efeitos vinculantes (79).

O Conselho da Europa, em 1997, propôs a Convenção de Direitos Humanos e Biomedicina, conhecida também como “Convenção de Oviedo” ou “Convenção de Biomedicina”, procurando desenvolver princípios a partir da abordagem dos Direitos Humanos. De acordo com seu artigo 1º, o propósito do documento é “proteger a dignidade e identidade de todos os seres humanos, e garantir a todos, sem discriminação, respeito por sua integridade e outros direitos e liberdades fundamentais no que diz respeito à aplicação da biologia e medicina” (79).

Trata-se de um documento regional, que lança luzes sobre questões bioéticas de impacto global. Contém direitos mencionados em outros tratados, mas é a primeira vez que eles são abordados com enfoque bioético e de forma vinculante. Além do respeito à dignidade humana, esse documento prioriza o valor individual do ser humano, que deve prevalecer sobre o interesse social ou científico. Questões biomédicas foram enquadradas nos Direitos Humanos, mencionando-se o dever de acesso equânime à saúde, com qualidade adequada; a necessidade de consentimento para qualquer intervenção biomédica, não apenas em pesquisa científica; a valorização de diretivas antecipadas; e o reconhecimento da confidencialidade dos dados médicos. Trata também de proteção contra discriminação genética, doação de órgãos e tecidos e regras para pesquisa com seres humanos (79), esses últimos tópicos não relevantes para este trabalho.

A Bioética e as práticas que ela busca abarcar estão diretamente ligadas aos Direitos Humanos mais básicos, como vida, integridade física, confidencialidade de dados pessoais, não discriminação e acesso à saúde. O Direito Internacional dos Direitos Humanos estabelece parâmetros internacionais e mecanismos de proteção que são um avanço e podem ser utilizados por indivíduos quando direitos afetos ao campo bioético forem violados.

Os Direitos Humanos apresentam um padrão universal mínimo de direitos básicos, estabelecidos consensualmente, e que transcendem valores culturais

específicos, sem negá-los. Todas as pessoas independente de qualquer tipo de distinção, tem a prerrogativa de desfrutar desses direitos, de forma independente à proteção dos sistemas jurídicos internos dos países não ofereça. No campo de estudo bioético um parâmetro universal mínimo para o debate, frequentemente permeado por questões filosóficas ou religiosas específicas, é um importante ponto de partida (79).

Para Travieso *et al.* (82), momentos de crise e violações de Direitos Humanos demandam a sua articulação com outras disciplinas. A Bioética é uma delas, compreendida como uma área da ética que propõe princípios de conduta no que diz respeito à vida, humana ou de outros seres, além de um meio ambiente equilibrado com a vida. A Comissão Nacional de Bioética do México concebe Bioética como

ética aplicada que reflete, examina e aplica abordagens normativas e sociopolíticas para gerir e resolver conflitos na vida social, especialmente nas ciências da vida, prática e estudos médicos, que afetam a vida no planeta agora e no futuro (82).

De acordo com Miles e Laar (83), a melhor forma de alcançar uma Bioética global é através do fundamento dos Direitos Humanos, cujas normas não compreendem apenas discussões acerca de justiça ou respeito. Os autores abordam o estigma de determinadas minorias e os determinantes sociopolíticos da saúde, que resultam em desigualdades. Os Direitos Humanos, para esses autores, consistem no mais próximo que a humanidade tem de um consenso moral.

Os Direitos Humanos apresentam um dos poucos mecanismos globais para fundamentação da Bioética. Trata-se de uma linguagem comum básica para o desenvolvimento de valores bioéticos universais, capaz de trazer mudanças dentro desse campo (79).

Nesse sentido, destacam-se dois valores relevantes à análise Bioética das medidas de segurança: a dignidade humana e a vulnerabilidade. Justifica-se a escolha desses dois pois, conforme será observado, possuem forte entrelaçamento, e sua análise em conjunto permite uma melhor visualização do parâmetro de fundamentação dos Direitos Humanos. Além disso, o enquadramento normativo e teórico das medidas de segurança estão ligados a

essas duas noções. Necessário que os conceitos sejam delineados, de modo a esclarecer o sentido conferido quando invocados.

#### 4.2.1. Dignidade Humana

A dignidade humana é o fundamento ou objetivo buscado em uma série de documentos de Direitos Humanos, como os já mencionados, advindos da Unesco, Assembleia Geral da ONU ou Conselho da Europa. É o fundamento principal do sistema de proteção internacional, surgido com a DUDH. Entretanto, a dignidade humana tem tido seu conteúdo esvaziado, por força de seu uso retórico. Andorno (84) apresenta o posicionamento de que

Se abandonássemos o conceito de dignidade humana, eliminaríamos a razão última pela qual consideramos que cada paciente, qualquer que seja suas aptidões físicas ou mentais ou suas expectativas de vida, merece ser tratado como um ser único e indispensável. É dizer que se desaparece a dignidade, o respeito a autonomia também perde sua justificativa. (84).

O autor continua, afirmando que a autodeterminação é um elemento chave para o respeito à dignidade intrínseca, sendo esta de conteúdo bem mais amplo do que autonomia. Apresenta o entendimento de que é possível o respeito da autonomia do paciente, e seu tratamento com a dignidade que merece, ao mencionar formulários de consentimento informado de pacientes tratados sem dignidade. Por fim, lembra o autor que pessoas que possuem autonomia reduzida ou nula (dentre eles os PAJs, sujeitos desta pesquisa) também possuem dignidade, e por isso dignidade e autonomia não podem ser tratadas como sinônimos. Ainda defende que o ato de venda de um rim, por exemplo, pode ser um ato autônomo, mas não compatível, geralmente, com a dignidade humana (84).

Albuquerque (85) pontua que a articulação entre Bioética e dignidade humana “provém do entendimento de que, a depender de tal compreensão, são incrementadas as chances de sua incidência concreta enquanto valor norteador de prescrições morais”. Continua a autora, destacando que a dignidade humana é valor que facilita a convivência social harmônica, além de gerar bem-estar coletivo. Menciona concepções de dignidade associadas a noções religiosas de dignidade humana, no sentido de o ser humano ser digno à medida que é a imagem de Deus (utilizado por grupos religiosos em discussões bioéticas). Há

também um discurso sobre a dignidade vinculada à capacidade de racionalidade humana, o que confere uma certa especialidade ao ser humano (85).

Referidas concepções levantam questões que extrapolam os limites do objetivo deste trabalho ou então contradizem de plano o que será sustentado, já que há dignidade em seres humanos desprovidos de capacidade decisional. Por isso, não serão analisadas posteriormente.

Os Direitos Humanos partem da ideia de que todos os seres humanos estão habilitados a acessar determinados bens fundamentais devido à prerrogativa inerente de serem humanos. Assim, constrói-se a noção de dignidade enquanto fonte dos Direitos Humanos, como valor qualidade intrínseco a todos os seres humanos. Seu reconhecimento é a base do bom funcionamento social; “todos os seres humanos, em função de sua condição humana, são vistos como realmente merecedores de respeito incondicional e reconhecimento de direitos e liberdades fundamentais” (84).

Não há uma definição do conceito de dignidade nas normas de Direitos Humanos. Entretanto, ao ser estabelecida como inerente a cada ser humano, não cabe ao Estado revogá-la, sob pena de despersonalizar o indivíduo, desumanizá-lo. Ela não é a base apenas dos documentos do Sistema Internacional dos Direitos Humanos, mas também o princípio matriz das normas internacionais em Bioética. Tais normas utilizam dignidade em uma dimensão de faculdade, ou numa dimensão mais restritiva, de proteção contra práticas desumanas ou degradantes (84).

A despeito de sua imprecisão, a dignidade humana também pode ser percebida em três níveis. Foster, citado por Albuquerque (85), estabelece um nível relacionado à espécie, outro a grupos e um terceiro em caráter individual. No quesito individual, relevante para esta construção teórica, a dignidade possui uma vertente subjetiva, associada à autoestima, à percepção individual que se tem de si, e uma vertente objetiva, ligada às atitudes tomadas em relação ao indivíduo. No exemplo de um inimputável, que não tem condições de exercer a dignidade subjetiva, aplica-se a objetiva, traduzida no respeito a seus interesses e direitos, fazendo-se escolhas que tragam o seu bem-estar.

Dentre as delimitações da ideia de dignidade, destaca-se a compreensão kantiana de Schroeder, em que a dignidade humana pode ser traduzida como o dever de todos serem tratados como um fim em si mesmos; a operacionalização

da dignidade em Clapham por meio da proibição do tratamento desumano, degradante ou humilhante, a liberdade de escolha individual; a proteção de determinados grupos e culturas enquanto aspectos da dignidade pessoal; a criação e proteção de condições de atendimento das necessidades individuais (85).

Diversas visões de dignidade apresentadas por Albuquerque (85) giram em torno do exercício de autodeterminação, liberdade de escolha, empoderamento individual desempenhado, por exemplo, no consentimento informado, além da qualidade ou *status* moral conferido de forma inerente a qualquer ser humano, indistintamente. Há portanto diversas concepções de dignidade, a qual pode ser compreendida sob várias perspectivas. Não há, de fato, um conceito uniforme e pacificado. Por si só, ela não é capaz de solucionar questões bioéticas, pois não há um enunciado operativo e prescritivo aplicável de forma homogênea.

A dignidade humana, para Andorno (84), não é de fácil definição e não pode responder a dilemas bioéticos por si só. Ela deve ser invocada junto a direitos concretos relevantes para os problemas ligados à saúde. Albuquerque (85) considera dignidade como valor ou concepção ética que necessita de princípios para obter força normativa. Por exemplo, na DUBDH, além de ser estabelecida como princípio e objetivo principais da declaração, ela é argumento contra discriminação, é marco de respeito à diversidade cultural e chave interpretativa dos dispositivos da declaração. A Declaração de Oviedo, por sua vez, também está centrada na dignidade, de modo articulado à proteção da identidade e garantia do respeito à integridade e a outros direitos e liberdades fundamentais inerentes à biologia e medicina, sem qualquer tipo de discriminação. Ela também afirma que o interesse e o bem-estar do ser humano prevalecem sobre os interesses da sociedade e da ciência.

A dignidade incorpora uma dinâmica de respeito mínimo a qualquer ser humano, indicando quais práticas são totalmente inaceitáveis socialmente e, nesse contexto, a dignidade é um valor absoluto. A partir desse mínimo, parte-se para medidas de melhoria de qualidade de vida; sob tal prisma positivo, de medidas de contribuição àquele valor mínimo, há uma relatividade no sentido de dignidade do bem que a ela se articula (84).

A dignidade, considerada como esse parâmetro moral mínimo, traz a visão do paciente como pessoa, e não como objeto de intervenção biomédica. Nesse

contexto é que pode ser verificada a vulnerabilidade do paciente como uma característica que orienta de modo prático o serviço em saúde, de modo a viabilizar a dignidade, através de ações específicas e focadas, sem perder de vista o contexto geral do cuidado (84).

A investigação acerca da noção de dignidade humana em tela não tem o desiderato de discutir a essência ou a subjetividade da pessoa, mas a delimitação da dignidade como instrumento de prescrições éticas, garantindo-lhe uma dimensão normativa. Destaca-se então que, ao se buscar o valor intrínseco do ser humano, revelam-se três princípios prescritivos, contidos inclusive em normas internacionais de Direitos Humanos: respeito à pessoa, não instrumentalização do ser, que deve ser compreendido como um fim em si mesmo, e vedação do tratamento humilhante, desumano ou degradante (84).

A apresentação desses princípios ganha importância à medida que o reconhecimento da dignidade humana como valor inerente ao indivíduo não enseja nenhum comando. Então, para que a dignidade tenha um impacto real em temas bioéticos e possa balizar a avaliação de situações bioéticas associadas aos PAJs, sujeitos desta pesquisa, torna-se necessário que ela estabeleça uma interlocução com os princípios que se mostrarem pertinentes, como os aqui mencionados.

O recorte que se faz para a concepção de princípio neste estudo é o de que se trata de comandos normativos instrumentais para se lidar com questões como as bioéticas. São normas com acentuado grau de generalidade e conteúdo axiológico; um espaço de consenso e convergência éticos, mediando teorias morais e regras. Assim, são os princípios que derivam da dignidade que a conformarão normativamente, permitindo que ela toque o indivíduo na prática. Os Direitos Humanos em conjunto com princípios bioéticos correlatos permitem uma tradução concreta da dignidade humana em assuntos bioéticos (85).

Durante o estudo acerca da ideia de dignidade e das reflexões apresentadas, verificou-se que, apesar de ser o fundamento dos Direitos Humanos, a dignidade, além de demandar princípios que a instrumentalizem, pode ser compreendida de forma integrada à vulnerabilidade. Quando se transporta a questão para o âmbito dos PAJs, essa possibilidade torna-se uma necessidade.

#### 4.2.2. Vulnerabilidade

A noção de vulnerabilidade também pode ser compreendida de várias formas, por isso é importante a delimitação do sentido e o recorte que o presente trabalho busca ao abordar essa terminologia.

A proteção especial de grupos em situação de vulnerabilidade, aqui compreendida como fragilidade diante da probabilidade de discriminação ou violação de Direitos Humanos, possui relevância para a Bioética, haja vista a existência de um imperativo ético de garantia de proteção das pessoas em situação de vulnerabilidade. A DUBDH inclusive menciona a vulnerabilidade humana perante o avanço científico, a prática médica e o uso de novas tecnologias biomédicas (86).

Há uma dependência com potencial risco de danos à vida e de exploração, algumas vezes. O corpo clínico, especialmente no campo médico, tem a capacidade de impacto e influência na capacidade de autodeterminação do paciente. É nesse contexto que se inserem especialmente pacientes hospitalizados por longos períodos (como os PAJs), os pacientes com doenças crônicas ou agudas, que possuem uma situação especial de fragilidade. O corpo clínico se torna responsável não somente pela situação que ensejou a hospitalização, mas também pelo atendimento às necessidades mais básicas. Os sujeitos desta pesquisa, os PAJs, podem ser exemplo disso (86).

A vulnerabilidade enfatiza a fragilidade e precariedade do outro, gerando uma necessidade social e individual de responsabilidade e empatia perante o dilema ético que a vulnerabilidade expressa. A partir daí compartilham-se competências morais e compromissos éticos que transbordem a mera aquiescência com normas sociais (81).

Paradoxalmente, as relações podem gerar ou resolver a vulnerabilidade. Por isso é necessário cautela no agir, “de modo a buscar um equilíbrio entre os direitos de proteção e os direitos de autonomia” (87). Contudo, destaca-se que diante de um quadro de fragilidade somos instados a criar maneiras de restabelecimento ou proteção da dignidade humana, e assim começa-se a notar o entrelaçamento dessas duas noções fundamentais para os Direitos Humanos (86).

A vulnerabilidade tem duas dimensões de compreensão: uma clínica e outra vinculada à pesquisa com seres humanos. Para este trabalho, importa o recorte para a compreensão da vulnerabilidade em sua dimensão clínica.

Na Bioética, a noção de vulnerabilidade é usada primeiramente em 1979, no Relatório *Belmont*. Inicialmente, guardava relações com a ideia de respeito às pessoas, beneficência e pesquisa com seres humanos. A DUBDH a reconhece como um princípio bioético, não apenas em relação à pesquisa, mas também em relação ao cuidado em saúde. A sexta revisão da Declaração de Helsinque, da Associação Médica Mundial, publicada em 2008, também reconhece vulnerabilidade como um princípio bioético. Inicialmente, ela era empregada no conceito relacional apenas, mas, atualmente, ela está presente no sentido social, cultural, ambiental e existencial. É um princípio que deve orientar a prática clínica e de pesquisa, além de ser essencial à elaboração de políticas públicas no Estado de bem-estar social moderno (88).

A vulnerabilidade é um tópico discutido no campo das ciências da vida, dos direitos e da medicina, demonstrando sua importância na abordagem bioética dos Direitos Humanos. Diferentemente do Relatório *Belmont*, que concebia a vulnerabilidade a partir da ideia de proteção, a Unesco, a partir da DUBDH, sugere a consciência de responsabilidades entre as pessoas. De acordo com Mergen e Apkinar (89) apesar de ainda necessitar maiores esclarecimentos, o discurso atual da Bioética coloca a vulnerabilidade orbitando entre conceitos como solidariedade, cuidado e responsabilidade social. É necessário que grupos percebidos como vulneráveis não sejam rotulados e estereotipados.

Há uma percepção de vulnerabilidade como uma característica ontológica, inerente a condição humana; é universalmente compartilhada, inerente, permanente, emerge a partir da existência do ser humano. Há outra percepção, baseada em circunstâncias sociais e individuais, oriundas de fatores econômicos, socioculturais, políticos, étnicos, educacionais, intelectuais e físicos. Em suma, a dimensão ontológica diz respeito à existência humana, e a dimensão circunstancial, à relacionamentos construídos entre pessoas, e os locais sociais a partir de onde essas interações sociais são construídas (89).

Referidas percepções de vulnerabilidade podem ser vistas de modo complementar, e não dicotômico. Assim, a dimensão ontológica traria maior consciência da finitude e falibilidade humanas, precariedade e fragilidade da vida

perante o meio ambiente. Está ligada ao significado da existência humana, destacando solidariedade e integridade. Já em relação à dimensão das circunstâncias, atreladas ao presente trabalho, destacam-se as vulnerabilidades ligadas às habilidades cognitivas, capacidade decisional, direitos e liberdades ligados à questão das capacidades e competências. Quando os componentes estão ausentes, a vulnerabilidade ganha concretude. Sujeitos suscetíveis à opressão e exploração, como os pacientes psiquiátricos, podem ser considerados vulneráveis (89).

Ao aferir a vulnerabilidade individual ou coletiva, é necessário delimitar um ponto de equilíbrio, de convergência entre esses diferentes vetores. Para Skarstad (90), pessoas com deficiência raramente são vistas como titulares de Direitos Humanos em sua plenitude. Partem de um pressuposto de que o exercício de Direitos Humanos demanda autonomia, racionalidade, o que pode faltar nesses casos. Para essa visão, PAJs seriam pessoas inferiores, se considerados pessoas. A CDPD passou a refutar expressamente essa ideia. Conforme será observado oportunamente no próximo capítulo, os Direitos Humanos passaram a ser percebidos de uma forma menos individual e mais relacional.

A perspectiva relacional foi mais profícua no que diz respeito à promoção de direitos iguais para pessoas com deficiência, como pessoas em sofrimento mental. É fundamentada na ideia de que as pessoas constroem redes de suporte e apoio no ambiente em que se localizam, definindo quem são a partir da interlocução que estabelecem entre si. Os seres humanos, sob esse prisma, são interdependentes, saindo da dicotomia entre independência e dependência. Essa dinâmica será complementada no próximo capítulo, no tópico específico sobre a CDPD (90).

#### 4.3. BIOÉTICA BASEADA EM DIREITOS HUMANOS, SAÚDE MENTAL E MEDIDAS DE SEGURANÇA

Andorno (86) afirma então que os Direitos Humanos têm como pedra fundamental a dignidade humana; são baseados nela. A vulnerabilidade é relevante para os Direitos Humanos reverberação do reconhecimento da dignidade. É diante dos fatos representados pela vulnerabilidade que a dignidade

desempenha o seu papel normativo; lembrando que a dignidade, para ter efeitos práticos, precisa estar integrada a um direito, o qual busca tutelar a situação que traduz a vulnerabilidade (discriminação, violência e abuso, por exemplo). O autor afirma que “a moderna ênfase do discurso ético na vulnerabilidade possui um impacto benéfico na teoria e prática dos Direitos Humanos, uma vez que aproxima o direito da realidade humana” (86).

Se a dignidade inerente a todas as pessoas não é reconhecida, especialmente aquelas em situação de maior vulnerabilidade, não há uma adequada compreensão do que o inerente ou intrínseco realmente significam nesse cenário. Assim, profissionais de saúde, por exemplo, são constantemente confrontados com o valor e a natureza do ser humano por sua simples existência, e são instados a descobrir qual a expressão desse valor no caso concreto; o ser não é um diagnóstico, um caso, órgão doente ou número de quarto (86).

De todo modo, o reconhecimento da vulnerabilidade humana e as posturas protetivas anteriormente mencionadas e buscadas pelos Direitos Humanos não devem se confundir com paternalismo; devem trazer em seu bojo também práticas que estimulem o exercício de autonomia e escolhas de vida. Referidas práticas apresentam relevância especial no caso de pessoas com vulnerabilidade acrescida, a qual transcende o risco de dano, alcançado a precariedade de sua condição, como os pacientes (91).

Nesse sentido, destaca-se que o discurso psiquiátrico tradicional tende a ser paternalista com os pacientes. Isso era refletido nos hospitais psiquiátricos, e, apesar da desinstitucionalização, a prática de muitos profissionais reverbera esse olhar. Agem como autoridade e até contra os desejos dos pacientes, que muitas vezes tem sua autonomia mitigada pela própria lei, também paternalista. A CDPD desafia esse enquadramento, e por isso o enquadramento dos Direitos Humanos oferece um potencial para mudança de paradigma e alternativas práticas em relação ao tratamento dos usuários dos serviços de saúde mental (14).

Visando capacitar os atores envolvidos nas práticas em saúde mental, de modo a reconhecer a vulnerabilidade, respeitar a dignidade e não praticar paternalismo, a OMS apresentou a iniciativa do programa *Quality Rights*, em 2012. Trata-se de um mecanismo de enfrentamento aos desafios relativos à saúde mental e Direitos Humanos, além de uma medida de apoio aos países e a esses atores, melhorando o serviço em saúde mental, acesso a direitos e ciência

das obrigações estatais perante a esses direitos. O programa permite a inclusão e participação da comunidade, a avaliação dos serviços e treinamento de modo a melhorar o serviço. A iniciativa procura apresentar ferramentas práticas para a efetivação dos Direitos Humanos no campo da saúde mental. Orienta-se rumo a recuperação dos pacientes, e à promoção de seus direitos, de modo alinhado ao Direito Internacional dos Direitos Humanos, notadamente à CDPD (92).

De acordo com estudo de Mahdanian *et al.* (64), um indivíduo com transtorno mental possui maior risco de violação em seu Direitos Humanos, como discriminação, medidas coercitivas e estigma. O modelo de tratamento orientado pela recuperação ultrapassa o enfrentamento dos sintomas e busca uma integração do acesso aos Direitos Humanos, às políticas em saúde mental e direito. Essa integração permite maior autonomia, integridade física e segurança. Por outro lado, restrições aos Direitos Humanos dos pacientes, além de estigma e descriminação minimizam as possibilidades de recuperação.

Ainda é comum a persistência de serviços oferecidos à pacientes psiquiátricos baseados na coerção, medicalização excessiva e institucionalização. Indivíduos e comunidades, sobretudo em países periféricos, ainda possuem acesso limitado, serviços de baixa qualidade, além da ocorrência de violações a Direitos Humanos. Contudo, há um entendimento crescente de que as políticas e serviços relacionados à saúde mental necessitam de uma nova orientação, através da promoção da centralidade e participação do paciente no tratamento, abordagem baseada nos Direitos Humanos e orientada à recuperação. Assim o sujeito recupera o controle de sua identidade, com fins à uma vida significativa para si. Essa abordagem é imprescindível para mudar o panorama global de saúde mental, e promove igualdade, não discriminação e inclusão (93).

A revisão de políticas em saúde mental tendo por base os Direitos Humanos é de reconhecida necessidade por gestores do serviço de saúde pública. A promoção de saúde mental é um dos objetivos para o desenvolvimento sustentável – Agenda 2030 da ONU. É recomendável, neste momento, que haja maior investimento no serviços de saúde mental, reorganizados a partir do tratamento comunitário. As instituições hospitalares, alvo de denúncias de violações em Direitos Humanos, não devem mais ocupar o protagonismo espacial do cuidado (64).

No caso dos PAJs, verifica-se uma convergência de vulnerabilidades que ameaçam sua dignidade. Destacam-se como condições de vulnerabilidade compreendidas dentro da proposta deste trabalho o quadro clínico psiquiátrico e a condição de paciente por longos períodos de institucionalização. Já foi apresentado que o lapso temporal mínimo estabelecido na lei é de um ano; como será observado nos próximos capítulos, em relatório elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia, o Ministério Público e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, esse tempo na prática é maior (6).

A Bioética e os Direitos Humanos são duas áreas que, como visto, surgem numa mesma época e em um mesmo contexto histórico, buscando prevenir situações semelhantes. Os Direitos Humanos sistematizados pela comunidade internacional a partir de consenso, no âmbito da ONU e seus órgãos e agências, representam um importante avanço para a humanidade (81).

Este trabalho parte do pressuposto que o referencial teórico da Bioética são os Direitos Humanos. Verifica-se que os Direitos Humanos possuem uma dimensão teórica e normativa, e ambas conferem maior legitimidade ao discurso bioético, que visa, em última instância, à proteção da dignidade humana, especialmente das pessoas em situação de vulnerabilidade; dois princípios essenciais aos Direitos Humanos, destacando-se que a dignidade fundamenta os Direitos Humanos. A própria DUBDH expressa de forma clara a sinergia possível entre os campos científicos em apreço. Nesse sentido, pautar-se em princípios que compõem também a fundamentação teórica dos Direitos Humanos fortalece a Bioética epistemologicamente (79).

No que diz respeito às medidas de segurança, frisa-se que é instituto que também está na imbricação de diversas áreas do discurso científico. A saúde mental e o direito penal estão no cerne da proposta das medidas de segurança. Por um lado busca sancionar ilícito penal cometido, prejudicial à sociedade; por outro lado, não é instrumento de penalização do agente que, devido a seu transtorno mental, se torna paciente.

De acordo com Mahdanian *et al.* (64), não há evidências concretas de que medidas coercitivas para pessoas com transtornos mentais persistentes e severos sejam eficazes. Pacientes psiquiátricos geralmente são estereotipados como incompetentes, violentos, perigosos, o que não é corroborado por evidências científicas, como visto no capítulo anterior, e levou a discriminação e medidas

coercitivas através de tratamento involuntário, medicalização excessiva, isolamento e perda de capacidade jurídica. Ante essa situação, necessária se faz a análise das normas de Direitos Humanos relativas à saúde mental, no próximo capítulo, para complementar a análise das medidas de segurança.

## **5. REFERENCIAL TEÓRICO-NORMATIVO DOS DIREITOS HUMANOS APLICADO ÀS MEDIDAS DE SEGURANÇA: A CONVENÇÃO SOBRE DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (CDPD)**

O objetivo deste capítulo é apresentar o referencial teórico-normativo de Direitos Humanos, aplicável às medidas de segurança. Trata-se da CDPD, com foco especial nos Comentários Gerais aos seus artigos que impactam a discussão sobre as medidas de segurança, o debate acadêmico surgido a partir desses comentários, além das diretrizes para pacientes privados de liberdade e do programa *Quality Rights*, que dá suporte aos Estados em relação à proteção e promoção dos Direitos Humanos afetos à saúde mental. Ao fim, espera-se ter estabelecido mais um pilar importante para a discussão e resposta ao problema de pesquisa apresentado.

Um dos documentos que têm orientado a reforma da legislação ao redor do mundo no que tange aos Direitos Humanos dos pacientes psiquiátricos é a Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD). O documento foi finalizado e aprovado em 2006, mas o seu processo de elaboração foi iniciado em 2002 e envolveu grupos governamentais e não governamentais, especialmente organizações ligadas aos direitos das pessoas com deficiência. A CDPD foi adotada pela Assembleia Geral da ONU em 2006 e entrou em vigor em 2008 (94).

A CDPD é o referencial teórico-normativo de Direitos Humanos, aplicado às medidas de segurança de que trata o presente trabalho e, de igual forma, os seus documentos interpretativos elaborados pelo Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Comitê DPD) da ONU, denominados Comentários Gerais (CG).

Os Comentários Gerais 1 e 2, de 11 de abril de 2014, versam sobre igualdade de reconhecimento perante a lei e a acessibilidade, respectivamente; os Comentários Gerais 3 e 4, de 26 de agosto de 2016, sobre meninas e mulheres com deficiência e educação inclusiva, respectivamente; o Comentário Geral 5, de 31 de agosto de 2017, versava sobre o direito à vida independente; o Comentário Geral 6, de 9 de março de 2018, sobre igualdade e não discriminação; o Comentário Geral 7, de 21 de setembro de 2018, versa sobre a participação de pessoas com deficiência, inclusive crianças, em organizações representativas, na implementação e monitoramento da CDPD.

Considerando o recorte deste trabalho nas medidas de segurança, serão abordados à frente os Comentários Gerais 1, 5 e 6.

Formalmente, o Comitê DPD oferece sugestões e recomendações, de acordo com os artigos 36 e 39 da CDPD e artigo 5º do Protocolo Facultativo da CDPD (14). Fica claro dessa forma que os documentos do Comitê DPD não são vinculantes. É certo que os Estados signatários estão formalmente comprometidos a respeitar obrigações estabelecidas pela CDPD, inclusive quanto aos procedimentos estabelecidos pelo Comitê, mas isso não torna vinculantes os posicionamentos do Comitê, posto que este é de natureza consultiva (95).

Tais posicionamentos, no que diz respeito aos Comentários Gerais, não ultrapassam a natureza de sugestões e recomendações, que devem ser discutidas pelas partes envolvidas nos Direitos Humanos das pessoas com deficiência no âmbito interno, mas não implementadas nos mesmos termos que as normas presentes nos artigos da CDPD. O artigo 5º do Protocolo Facultativo ressalta o caráter não vinculante dos documentos do Comitê DPD: “não se trata de um tribunal que tem a última palavra sobre como a CDPD deve ser aplicada em um caso concreto” (95).

A CDPD não cria direitos, mas destaca a necessidade de adequação de direitos existentes ao contexto das deficiências, permitindo inclusão e limitando o estigma e a discriminação. A CDPD possui um preâmbulo e 50 artigos, derivados da DUDH e de tratados essenciais de Direitos Humanos. Os quatro primeiros artigos informam princípios gerais; os artigos cinco a 30 apresentam normas de prevenção da discriminação com base nas deficiências e incluem direitos sociais e civis. São incluídos, nesse contexto, direito à educação (art. 24), saúde (art.25), privacidade (art. 22), mobilidade (art. 20), independência (art. 19) e vedação à tortura (art. 15). Grupos sob risco de discriminação de forma sobreposta, como mulheres e crianças, são especialmente contemplados. Os arts. 35 a 50 estabelecem os critérios e procedimentos de implementação dos direitos previamente garantidos (14).

A eleição da CDPD como referencial normativo para este trabalho é justificada pelo fato de que é uma normativa específica de Direitos Humanos aplicáveis aos pacientes psiquiátricos. Ela incorpora, com as especificidades e adaptações de sua temática, os Direitos Humanos mais gerais e amplos, discutidos em documentos, como a DUDH, a Convenção contra a tortura e outras

penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, a Convenção Interamericana de Direitos Humanos e outros instrumentos normativos de alcance limitado às respectivas regiões instituidoras.

Para Puras e Gooding (96), a relevância da CDPD se mostra a partir da oportunidade de mitigação de um legado de estigma, desesperança e discriminação de pacientes psiquiátricos. Fundamenta-se em um modelo de deficiência psicossocial ou de Direitos Humanos, e se distancia de um modelo (bio)médico. Essa mudança será discutida logo mais, destacando-se por ora que ela oferece vantagens estratégicas, inclusive o esclarecimento acerca de determinantes sociais, fatores políticos e econômicos que criam disparidades para usuários de serviços de saúde mental (96).

A CDPD é um importante tratado de Direitos Humanos para as pessoas com deficiência, incluindo-se as pessoas com transtornos mentais. Requer que os Estados signatários removam obstáculos para que pessoas com deficiência possam ser integradas na sociedade e participar em posição de igualdade com os demais cidadãos. A CDPD influenciou mudanças significativas, especialmente no que diz respeito à capacidade decisional e disposições para a vida independente (97).

McNamara (97) afirma também que a CDPD tem um potencial de mudança ainda pendente de maior exploração no campo do sistema de justiça criminal. A partir desse arcabouço, é possível vislumbrar a proteção dos Direitos Humanos para os PAJs, e caminhar na reflexão acerca das perspectivas possíveis para as medidas de segurança no Brasil.

O artigo 1 da CDPD inclui pessoas com transtornos mentais em seu escopo de proteção. Essa inclusão é essencial para a diminuição do estigma e da discriminação de pacientes psiquiátricos. Esse artigo expressa uma mudança paradigmática; de um modelo biomédico para um modelo psicossocial de cuidados em saúde, centrado no paciente, e sem barreiras contra a sua efetiva participação no tratamento. Os grupos que participaram dos debates prévios à finalização da CDPD foram assertivos acerca da necessidade de garantia de capacidade decisional e desinstitucionalização dos pacientes. A CDPD é um importante marco em relação a esses temas, que serão abordados no decorrer deste capítulo (94).

De acordo com Szmukler (72), se aplicada integralmente pelos Estados-parte, a CDPD pode contribuir para a melhoria da vida das pessoas com deficiência na sociedade, conferindo-lhes um *status* social. Mais de 32 países iniciaram processos de reforma normativa para se adequar às normas da CDPD. Destaca-se, nesse contexto, que tratados de Direitos Humanos identificam e estabelecem um mínimo de parâmetros para o tratamento das pessoas com transtornos mentais, sobretudo em situações de crise (98).

Diante das proposições da CDPD, torna-se imprescindível que os serviços de saúde mental, notadamente os profissionais da psiquiatria e psicologia, adotem a linguagem dos Direitos Humanos em suas capacitações e práticas. Assim, é possível que se atinja a melhor promoção da saúde mental, o que envolve também novas lentes para tratamentos coercitivos e compulsórios (nestes últimos, incluem-se as medidas de segurança, definidas judicialmente e independentemente da vontade do paciente) e seus desdobramentos sobre os direitos dos pacientes psiquiátricos (99).

Martin e Gurbai (100) esclarecem que muitas vezes a literatura científica utiliza os termos “tratamento involuntário”, “tratamento coercitivo” e “tratamento forçado” no mesmo sentido, mas que é necessário que uma distinção seja delineada. Nesse sentido, “não consensual” seria o tratamento em que não houve consentimento, mas que não é necessariamente forçado ou coercitivo; citam, como exemplo, situações de emergência em que um paramédico não tem condições de obter consentimento para salvar a vida ou a integridade física do paciente (100).

Continuam exemplificando e descrevem medidas coercitivas ou forçadas como aquelas realizadas a despeito de posicionamento contrário do paciente, de suas vontades e preferências, que podem ser por ele expressas, ou por evidências nesse sentido. Os autores entendem que diante dessas definições não há necessidade de uma terceira denominada “tratamento involuntário”, e entendem que esta expressão tem sido usada de maneira ambígua (tanto como não consensual como coercitiva), razão pela qual evitam. Esse posicionamento será adotado neste trabalho a partir deste momento (100).

Quando se fala em medidas coercitivas, constata-se um afã em se buscar casos excepcionais em que tais medidas pareçam imprescindíveis. Mais importante que isso, porém, é reduzir a coerção via implementação de

alternativas pautadas no apoio que os Direitos Humanos têm a oferecer. A psiquiatria pode e deve estar no grupo que lidera essa reflexão, não apenas na resistência às medidas coercitivas. Há um ciclo excludente, que está contido em intervenções coercitivas em hospitais. Discute-se, a partir dessa conjuntura, a necessidade de permissão legal para as intervenções, deixando as não consentidas apenas para casos excepcionais, de modo a se preservar outros direitos, como a vida, por exemplo (96).

Para Puras e Gooding (96), a CDPD desafiou séculos de preconceito legitimado. Exceções permanecem no direito, políticas e práticas dos Estados; há que se ter cautela com as exceções, para que não sejam complacentes com disparidades de poder, excesso de intervenções biomédicas e falta de empoderamento de uma população marginalizada. O *status quo*, para os autores, não é mais aceitável. Uma mudança focada nos Direitos Humanos demandaria, primeiramente o abandono dos modelos de decisão substituta para a oferta de modelos de tomada de decisão apoiada de acordo com as vontades e preferências do paciente; quando a obtenção desta última não for possível, deve-se adotar a melhor interpretação, de acordo com as vontades e preferências dos pacientes (96).

Para o relator especial do Conselho de Direitos Humanos da ONU, o paciente psiquiátrico em muitos países é privado de direitos sociais e econômicos básicos, como habitação e educação, e não tem acesso adequado aos serviços de saúde. Mesmo com alimento e abrigo, se viver em instituições psiquiátricas fechadas, haverá privação de liberdades civis e violação de Direitos Humanos (101).

Ainda existe uma cultura de violência, estigma e falta de cuidado em muitos serviços de saúde mental, como instituições manicomiais e hospitalares, que reproduzem a herança de discriminação, coerção e excesso de medicalização, práticas que deveriam ser abandonadas. Para o relator, deve haver um redirecionamento dos esforços para medidas não coercitivas, que respeitem os direitos dos pacientes psiquiátricos. Tais medidas devem estar centradas no paciente, compreendido a partir de sua totalidade, e não apenas a partir do transtorno que apresenta (102).

A CDPD desafia as normas tradicionais em saúde mental ao afirmar que as pessoas com deficiência têm direito a igual reconhecimento perante a lei (art. 12),

e que a existência de deficiência não deve justificar a restrição de liberdade do paciente (art. 14). Além disso, estabelece que toda pessoa com deficiência tem direito ao respeito à sua integridade física e mental, em igualdade com as outras pessoas (art. 17). Os artigos 12 e 14 têm sido objeto de debate em virtude do tratamento psiquiátrico coercitivo, além de um suposto silêncio da CDPD sobre o assunto (o que foi sanado pelo Comentário Geral nº 1, analisado a seguir). O artigo 12(2) exige que os Estados reconheçam a capacidade legal das pessoas com deficiência em igualdade com demais; o art. 12(3) estabelece a necessidade dos Estados em tomar medidas apropriadas para fortalecer e viabilizar apoio para pessoas com deficiência exercerem sua capacidade perante a lei (99).

O artigo 14 gerou a elaboração de um documento específico e exclusivo pelo Comitê em 2015, sobre a questão da privação de liberdade a pacientes psiquiátricos. Esse documento, em que o Comitê apresenta diretrizes de tratamento para pacientes internados ou privados de sua liberdade de alguma maneira, também será objeto de análise a seguir.

A CDPD incorpora uma mudança de olhar sobre deficiência e saúde mental, a qual representa um giro paradigmático na saúde mental. Para Serie (103), o paradigma anterior, o biomédico, não era efetivo para a proteção dos Direitos Humanos dos pacientes psiquiátricos. Assim, por mais que pareça disruptiva para alguns, a aceitação da CDPD implica debates e superação de controvérsias, para que sejam reconstruídos novos fundamentos para o campo de estudo (103).

Albuquerque (104) afirma que a CDPD “endossa um modelo social de deficiência, que confere foco às estruturas ou barreiras sociais que transformam um impedimento de longo prazo em deficiência”. Parte-se da premissa que a deficiência resulta da “interação entre os impedimentos de longo prazo e as diversas barreiras”. Assim, a promoção dos Direitos Humanos representaria retirar os obstáculos à participação social desses sujeitos (104). O termo “modelo psicossocial” é reflexo do modelo social no campo da saúde mental.

Pessoas com transtorno mental representam um grupo de “pessoas vulneráveis” com “perversas violações de Direitos Humanos. Para elas, a CDPD representa uma promessa” (105). A mudança do paradigma biomédico para o psicossocial pode ser mais bem compreendida com medidas práticas que

representam o reconhecimento do paciente psiquiátrico como sujeito de direitos, e não objeto de intervenção científica, sem voz e participação.

A CDPD (14) compreende a deficiência não como uma condição intrínseca do paciente, uma questão exclusivamente médica, que necessita de tratamento e cura; mas como uma questão multidimensional, a qual abarca a perspectiva social que incorpora desigualdades geradas pelas barreiras que a sociedade impõe à participação dos pacientes, e de sua interação com a sociedade. A mudança para o paradigma psicossocial compreende também o fundamento de que o espaço terapêutico do paciente psiquiátrico é integrado no ambiente comunitário, na sociedade. Incorpora um modelo terapêutico de recuperação e reabilitação.

A CDPD demonstra essa nova visão do paciente psiquiátrico em múltiplas dimensões, ao reconhecer, no artigo 19, o direito à vida independente e à inclusão na comunidade. Ademais, reconhece uma série de direitos que são exercidos por meio da interação social, acessibilidade, acesso à justiça, liberdade, educação, saúde trabalho e habitação; mobilidade pessoal, liberdade de expressão, respeito pelo lar e pela família, entre outros (14).

Em 2018, o relator especial do Conselho de Direitos Humanos da ONU recomendou agilidade na desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos. Em seu documento ele afirma que os investimentos e as normas em saúde mental ainda seguem um paradigma biomédico, centrado na doença e na institucionalização, e não no paradigma psicossocial, focado no paciente e na recuperação e reabilitação de modo integrado à sociedade, com tratamento baseado na comunidade. Destaca que alguns países fecharam os manicômios, mas reinstitucionalizaram os pacientes psiquiátricos em hospitais ou prisões, ou os deixaram em situação de rua (106).

A ruptura com o modelo biomédico e a promoção dos Direitos Humanos dos pacientes psiquiátricos demanda redistribuição de poder nos espaços clínicos, de pesquisa e de elaboração de políticas públicas. Os desequilíbrios de poder reforçam o paternalismo, cuja abordagem domina o relacionamento entre psiquiatras e pacientes psiquiátricos (106).

O relator especial afirma ainda que o debate acerca da necessidade de consentimento antes de intervenções psiquiátricas é resultado de falhas sistêmicas na proteção dos Direitos Humanos e na falha de propostas de medidas não coercitivas de tratamento. Posiciona-se contrariamente à coerção na

psiquiatria e hospitais psiquiátricos. Insta os Estados a não permitirem tomadas de decisão substitutas, além de se movimentar rumo ao fim das medidas coercitivas e confinamento de pacientes psiquiátricos (106).

No relatório, há o reconhecimento de que a redução e eliminação das medidas coercitivas são um desafio que demanda tempo. A mudança de paradigma em saúde mental requer a substituição da tradicional relação entre médico e paciente psiquiátrico, que deve ser substituída pela compreensão de modelos focados em evidências científicas e na possibilidade de recuperação, inclusive para os casos mais severos (106).

De todo modo, ainda que isso seja um processo, as violações em Direitos Humanos em unidades psiquiátricas são inaceitáveis, e algumas mudanças são necessárias desde já. O relator especial propõe então cinco metas prioritárias e emergenciais: (i) políticas públicas alternativas à coerção, vislumbrando reforma legislativa; (ii) desenvolvimento de práticas não coercitivas e um planejamento para a redução radical de práticas médicas coercitivas, com a participação de diversos interessados, inclusive pacientes; (iii) intercâmbio de boas práticas entre países; e (v) financiamento de pesquisa qualitativa e quantitativa para aumento de coleta de dados, de modo a monitorar o progresso dessas metas (106).

Davidson (107) afirma que a hospitalização involuntária e o tratamento forçado de pessoas com transtorno mental agudo são muito naturalizados, e até há pouco tempo não havia um questionamento de sua legitimidade e efetividade fora dos círculos acadêmicos. Houve tortura, tratamentos cruéis, desumanos e degradantes ou punições que se enquadrariam no art. 15 da CDPD. A aceitação da coerção vem de uma visão paternalista do modelo biomédico, que não é focado essencialmente nas questões psicossociais que envolvem o transtorno mental e que fundamentaram os movimentos de reforma psiquiátrica.

Thomas Hammaberg, ex-comissário de Direitos Humanos do Conselho da Europa, afirmou que a mudança de pensamento ocorre de um paradigma médico, que via a deficiência exclusivamente como um problema a ser curado, para um paradigma que busca a fonte do problema, ligada à atitude da sociedade em relação ao paciente com deficiência. O sucesso da implementação da CDPD nos Estados é perceptível quando pessoas com deficiência conseguem gozar seus direitos em grau de igualdade com as demais pessoas da sociedade (103).

A CDPD demanda dos Estados a integração dos Direitos Humanos por ela incorporados nos sistemas jurídicos internos. O Comitê DPD, que, de acordo com a CDPD, monitora o cumprimento de seus dispositivos pelos países, se posicionou em relação às medidas coercitivas. Entende-as como discriminatórias e contrárias à CDPD, conforme será observado no subtópico a seguir. Trata-se de um desafio diante das posturas e práticas tradicionais, mas o Comitê insta os países à ação, conforme poderá ser observado à frente (108).

No que concerne às medidas de segurança, espécie de internação compulsória, o artigo 14 da CDPD estabelece que os Estados assegurem que pessoas com deficiência gozem do direito à liberdade de maneira equânime em relação aos demais, indicando que a deficiência não pode justificar a perda de liberdade. O artigo 25 esclarece que a aplicabilidade desse dispositivo inclui situações de crise. Entretanto, a lei interna de muitos países permite medidas coercitivas, sob os mais variados argumentos, geralmente ligados à ideia de periculosidade, risco evidente ou severidade do transtorno mental (108).

Para Szmukler (69), o núcleo das leis internas sobre saúde mental repousa sobre estereótipos negativos dos pacientes psiquiátricos, vistos como incapazes de julgamento adequado e intrinsecamente perigosos. A pesquisa científica não ampara nenhuma dessas alegações, que também são utilizadas para intervenções involuntárias, que incluem tomadas de decisão e ciência de tratamento de forma substitutiva ao paciente (e não apoiada).

O Comitê sobre os direitos das pessoas com deficiência emitiu Comentários Gerais, interpretando os artigos da CDPD que geralmente são objeto de discussão quando da implementação das normas de Direitos Humanos dos pacientes com deficiência no âmbito interno.

### 5.1. COMENTÁRIOS GERAIS DO COMITÊ DPD

Até o presente momento, o Comitê DPD, na condição de órgão de monitoramento e apoio na implementação dos dispositivos da CDPD, emitiu sete CGs, auxiliando a interpretação do conteúdo dos direitos e deveres previstos na CDPD, mencionados no início deste capítulo.

O artigo 4 da CDPD recomenda que os Estados implementem mecanismos para adotar as medidas legislativas e administrativas necessárias para aplicar a CDPD. O Comitê DPD monitora esse exercício por meio de relatórios periódicos enviados pelos Estados-parte. Países que assinaram um protocolo opcional da CDPD também podem ser responsabilizados internacionalmente por violações de Direitos Humanos, após a comunicação individual de violações à CDPD (14).

O comitê também emite CGs, interpretando temas da CDPD objeto de debate. Como visto, não são vinculantes, apenas a CDPD o é. Mas são importantes fontes de compreensão dos Direitos Humanos, aptos a orientar os Estados na incorporação ou discussão sobre os Direitos Humanos em seus ordenamentos internos.

#### **5.1.1. Comentário Geral nº 1**

O Comentário Geral nº 1, do Comitê DPD, estabelece a necessidade de supressão de todas as medidas coercitivas e involuntárias, incluindo-se cirurgias psiquiátricas, eletrochoque, uso de algemas ou restrições involuntárias, medicamentos que alterem a mente (107). Segundo Szmukler (72), o grande desafio das legislações dos países signatários da CDPD é o encaminhamento que será dado às medidas coercitivas.

Szmukler prossegue, e afirma medidas coercitivas raramente são questionadas quando o transtorno mental apresenta risco de dano para o paciente ou para a comunidade. Há, para o autor, a clara necessidade de proteção do paciente psiquiátrico. Entretanto, também é patente para o autor que a ideia de risco e de periculosidade tem sido a justificativa centenária para internações coercitivas. Nesses casos, os Direitos Humanos dos pacientes não são respeitados (72).

Em sua análise do artigo 12, o Comitê enfatizou que um modelo de atenção a pessoas com deficiência que seja fundamentado nos Direitos Humanos envolve uma mudança dos instrumentos de tomada de decisão em relação ao tratamento, a saber, de decisão substitutiva para decisões apoiadas. De acordo com o Comentário, deve ser buscado um conteúdo decisional o mais alinhado possível com a vontade e preferências do paciente. Há o entendimento no Comitê

de que a deficiência pode ter como elemento a dificuldade do paciente em tomar decisões. O Comitê, assim, interpreta que a CDPD proíbe todos os tipos de tratamento coercitivo, sob qualquer argumento e circunstância. Ele recomenda que os Estados revoguem todos os regimes de decisão substitutiva (em que o responsável tome a decisão em nome do paciente, e não ajudando-o na escolha da decisão mais adequada), especialmente quando a tomada de decisão em substituição envolve internação e tratamento psiquiátricos coercitivos (107).

O Comitê alega que pessoas com deficiências psicossociais já foram muito prejudicadas desproporcionalmente por terem a sua decisão substituída sem o seu consentimento, e o são até hoje. Entende que nesse tipo de abordagem para tomada de decisão a deficiência e a capacidade decisional constituem elementos para legitimar a capacidade dos pacientes. O artigo 12 não permite essa abordagem, e demanda apoio para a tomada de decisão do paciente, como forma de exercício de sua capacidade legal (107).

Esse apoio deve respeitar os direitos, vontades e preferências dos pacientes, e deve ser visto de forma ampla; em variados tipos de decisões. Cada tipo de decisão pode demandar uma forma de apoio. De acordo com o Comitê DPD, a autonomia individual e a capacidade decisional dos pacientes devem ser respeitadas, inclusive em momentos de crise (107).

Os regimes que o Comitê entende que violam os Direitos Humanos, os de substituição decisional do paciente por um terceiro, podem assumir várias formas, mas têm como elemento comum: (a) a remoção da capacidade do paciente, mesmo que em uma única decisão; (b) a pessoa que substitui o paciente não é por ele indicada, e pode ser inclusive indicada contra sua vontade; (c) a decisão não considera a vontade e preferências do paciente, mas tão somente o que o substituto entende ser melhor para o paciente (107).

Em atenção especial ao tema deste trabalho, destaca-se que o Comitê DPD ainda afirma que o respeito à capacidade dos pacientes em igualdade aos demais inclui o respeito ao direito à liberdade e à segurança das pessoas com deficiência. A negação dessa capacidade legal para pessoas com deficiência e sua detenção coercitiva, mesmo que com consentimento de um tomador de decisão substituto, constitui privação de liberdade arbitrária e viola os artigos 12 e 14 da CDPD. Signatários devem abolir essas práticas e rever situações em que pessoas com deficiência foram institucionalizadas sem consentimento específico.

Sobre o tema dos pacientes psiquiátricos privados de liberdade, mais à frente serão analisadas as diretrizes que o Comitê publicou no ano seguinte ao do Comentário Geral sob estudo, aprofundando-se a temática (107).

O direito à saúde dentro dos melhores parâmetros possíveis (art. 25) inclui o cuidado baseado no consentimento informado, que deve ser obtido inclusive em instituições psiquiátricas. O Comitê DPD ainda entende que nesses casos há violação dos artigos 17 (direito à integridade física), 15 (vedação à tortura) e 16 (liberdade contra violência, exploração e abuso) da CDPD. O apoio para a capacidade decisional dos pacientes, nesse contexto, deve ser prestado em base comunitária, respeitando-se as redes de apoio dos pacientes, que assim podem ser paulatinamente integrados à comunidade (107).

Gill (99) apresenta críticas ao CG n.º 1, no sentido de que existem situações em que a tomada de decisão em substituição e medidas coercitivas são excepcionalmente indicadas, e que não deveriam ter sido rechaçadas pelo Comitê DPD. Afirma que há situações em que o direito de recusa ao tratamento entra em conflito com o de obtenção do melhor parâmetro de tratamento de saúde mental e física disponíveis.

Afirma também que a CDPD tem um posicionamento essencial para a psiquiatria no que diz respeito à vedação da internação coercitiva. Também enfatiza outros direitos que devem ser sopesados quando da decisão por uma internação coercitiva, como os direitos sociais, econômicos e culturais, incluindo a vida (artigo 10), direito à vida independente e inclusão e participação na comunidade (artigo 19), lar e família (artigo 23), educação (artigo 24), saúde (artigo 25), tratamento orientado pela reabilitação (artigo 26), trabalho e emprego (artigo 27), parâmetros adequados de vida e proteção social (artigo 28) e participação na vida cultural (artigo 30) (99).

Em sentido contrário, sobre intervenções coercitivas e melhor interesse do paciente, Szmukler (72) afirma que existe uma possibilidade de internação coercitiva no caso de impossibilidade de o paciente psiquiátrico expressar sua decisão e em que a internação for em seu melhor interesse. Para o autor, capacidade requer a habilidade de compreensão, apreensão de relevância e uso de razão para com a informação relevante para uma decisão, distinguindo o que é importante para aquela situação específica, além de ter a habilidade de comunicar essa decisão. Quando isso é impossível diante do quadro clínico do paciente,

surgiria a possibilidade de intervenção, se esta fosse em seu melhor interesse. O autor frisa que a expressão “melhor interesse” é controversa e contestável.

Continua então, buscando uma percepção de “melhor interesse”. Argumenta que poderia ser uma construção a partir da perspectiva da vontade, sentimentos, crenças e valores do paciente. Não poderia, assim, estar centrada na tradicional visão de importância do diagnóstico (que certamente deve ser considerado, mas não essencialmente), ou do risco do paciente. Isso porque, segundo o autor, a discriminação residiria na centralidade do diagnóstico médico e no risco dele decorrente, como critério principal para a detenção do paciente (72).

Em determinadas situações, a liberdade de uma pessoa pode entrar em tensionamento com o seu direito à autodeterminação. Por exemplo, um paciente admitido em uma internação coercitiva devido à negligência de práticas de autocuidado vitais, em virtude de psicose. Nesse contexto, é importante o esgotamento de todas as medidas não coercitivas ou não restritivas de liberdade, antes da internação coercitiva, a serem observados em coexistência, em equilíbrio, expressando a inter-relação e interdependência dos Direitos Humanos (94).

Szmukler (72) afirma que a melhor interpretação dos conceitos sobre a vontade e preferências dos pacientes devem ser considerados numa eventual impossibilidade de decisão por parte do indivíduo. Vontade e preferências serão possíveis de ser compreendidas adequadamente se forem expressas pela rede de apoio do paciente. De todo modo, para Szmukler (72), o Comitê DPD afirma que intervenções coercitivas são baseadas em legislações centradas no diagnóstico médico, paternalistas e violadoras da CDPD.

O autor entende que esse posicionamento do Comitê DPD é radical, com possíveis críticas jurídicas e clínicas. De todo modo, endossa a centralidade da tomada de decisão apoiada e do respeito ao paciente. Vontade pode referir-se, nesse sentido, a uma intenção mais determinada e resoluto, estável, e que demonstra crenças, valores, compromissos ou concepções pessoais sobre um determinado assunto. Preferência seria algo mais fugaz, corriqueiro, uma intenção ligada a um determinado momento presente (72).

Um ponto de convergência entre o posicionamento do Comitê DPD, no CG nº 1, e seus críticos é o fomento ao acesso de decisões apoiadas ou apoio para o

exercício da capacidade legal por parte de pessoas com transtornos mentais. Seus posicionamentos não podem ser subestimados. Podem incluir diretivas antecipadas, e deve compreender apoio familiar e profissional (jurídico e de saúde), de modo a permitir decisões progressivamente autônomas (98).

O debate levantado acerca da postura do Comitê DPD, chamada de “radical”, persiste, seguindo razoavelmente o mesmo tom. Em revisão bibliográfica, percebe-se que são repetidos os conceitos formulados por Szmukler (72) de “melhor interesse” e “preferências” do paciente, que devem levados em consideração quando da tomada de decisão acerca do tratamento psiquiátrico. Contrariamente ao Comitê DPD, o autor em questão defende uma possibilidade residual e excepcional para a internação involuntária e a tomada de decisão em substituição (quando a apoiada for impossível).

Appelbaum (109) se insere nesse contexto, acrescentando em sua crítica que eventual aplicação da interpretação do Comitê DPD ao artigo 12 da CDPD pode trazer prejuízos para os pacientes, em vez de apoio. Menciona idosos com Alzheimer, que não conseguem cuidar de suas necessidades e eventualmente não aceitam gerenciamento alheio de suas finanças e saúde, ou não aceitam residir com um guardião. Pacientes com depressão e ideação suicida, sem diretiva antecipada apresentada, não poderiam ser hospitalizados, tal qual pacientes em surto psicótico, que se recusam a comer ou realizar práticas básicas de cuidado em virtude de algum delírio. Em nome da proteção contra discriminação, prejuízos irreparáveis ou de difícil reparação poderiam ocorrer.

Nesse sentido, dar novas interpretações à CDPD que divirjam do Comitê DPD constituem outras formas de se lidar com as questões de capacidade decisional, internações e medidas coercitivas. Para esse outro olhar, proteger pessoas vulneráveis não é discriminatório, mas ignorar a situação de vulnerabilidade dos pacientes pode sê-lo. Assim, quando direitos protegidos pela CDPD estiverem em conflito, a própria redação do artigo 12 da CDPD traduz uma eventual possibilidade de limitação na capacidade decisional do paciente. Antecipa que governos e prestadores de serviço de saúde mental provavelmente não irão cumprir à risca o exposto no CG nº 1 do Comitê DPD (109).

Almeida (110) também compõe o corpo de críticas à interpretação do Comitê DPD, insurgindo-se contra a proibição absoluta da decisão em substituição. Afirma que se essa interpretação for aceita sem resistências, poderá

gerar prejuízos para pacientes psiquiátricos. Além dos argumentos já mencionados, ressalta que a chance de os Estados signatários aderirem ao posicionamento do Comitê DPD de forma integral é remota.

Galderisi (111), por sua vez, afirma que muitos transtornos psiquiátricos e neurológicos alteram a consciência do paciente de forma quantitativa ou qualitativa, e a possibilidade de acesso às preferências e desejos de uma identidade pessoal pode ser muito limitada. Em um episódio maníaco, por exemplo, o paciente pode se comportar de um modo que, fora do episódio, o deixaria envergonhado, arrependido ou sentindo-se culpado.

Após a reabilitação do episódio, a pessoa pode perguntar aos seus por que não o impediram de ter aquele comportamento. Sob a influência de delírios, o paciente pode dilapidar seu patrimônio, como outro exemplo. Conflitos entre diferentes desejos em diferentes momentos, sobre diferentes direitos, podem ser apresentados no caso real. A autora então afirma que o ponto nevrálgico de toda essa discussão não é o artigo 12 da CDPD, mas a interpretação a ele dada pelo Comitê DPD, ao rechaçar qualquer tratamento não consensual ou tomada de decisão em substituição ao paciente (111).

Bartlett (112) informa que os países centrais do norte apresentam uma situação de violência, exploração e abuso de pacientes psiquiátricos institucionalizados, contexto perante o qual a CDPD pode ser um botão de *reset*. A Convenção cria um enquadramento de Direitos Humanos, vislumbrando vidas significativas para pessoas com deficiência. Um novo paradigma, que considera questões até então não discutidas no âmbito dos Direitos Humanos no sistema ONU. Para o autor, os pacientes ligados a esses direitos necessitam há décadas dessa reformulação de entendimento.

Em postura mais conciliadora com o Comitê DPD, o autor afirma ainda que o posicionamento não deve ser considerado de forma acrítica, mas reconhecendo que os problemas apresentados são reais e precisam de várias abordagens e diálogo, de modo a construir consensos. Alega, neste contexto, que a CDPD existe em virtude de constantes violações a Direitos Humanos que precisam ser enfrentadas de forma específica, e que as abordagens tradicionais foram insuficientes ou ineficientes (105).

Martin e Gurbai (100) destacam que o CG do Comitê de Direitos Humanos da ONU afirmou que a deficiência por si só não pode justificar a perda de

liberdade, a não ser que seja para proteger o sujeito contra danos a si e a outros, aplicável apenas como última medida, no menor tempo possível, acompanhada de precauções e salvaguardas previstas em lei. Esse posicionamento é praticado por muitos países, em maior ou menor grau. O Comitê DPD discorda desse posicionamento, compreendendo que medidas coercitivas são desproporcionais para a proteção de direitos, especialmente vida e saúde, direitos esses utilizados como parâmetro para aplicação das medidas coercitivas excepcionais (100).

Há portanto um impasse entre os comitês da ONU, denominado de “impasse de Genebra”, haja vista que os dois comitês se reúnem nessa cidade. O comitê de Direitos Humanos entende que a CDPD não expressa direitos absolutos; podem ser mitigados por meio de julgamento proporcional. Já o Comitê DPD entende que há Direitos Humanos absolutos, como os expressos nos artigos 12 e 14 da CDPD. Entretanto, outros documentos de Direitos Humanos entendem que há situações em que a privação de liberdade não fere Direitos Humanos. O posicionamento do Comitê DPD, porém, não é que não se pode ser privado de liberdade, mas que não se pode ser privado da liberdade em virtude de deficiência apenas (14).

Entretanto, há uma margem interpretativa no sentido de que há outros motivos que podem ensejar medidas coercitivas de forma excepcional, prevista em lei e sob supervisão judicial, de forma proporcional e apta a garantir o direito à vida e à integridade física, por exemplo. Interpretações autoritárias e absolutistas poderiam gerar violações éticas e de direitos (100).

### **5.1.2. Comentário Geral nº 5**

O Comentário Geral nº 5, de 31 de agosto de 2017, é focado no direito humano à vida independente, por parte da pessoa com deficiência. Ele afirma o dever dos signatários de repelir e abolir leis, políticas e estruturas que dificultem o acesso a serviços de apoio às pessoas com deficiência, bem como de viabilizar facilidades e serviços de apoio a esses pacientes (113).

No que diz respeito às medidas de segurança, reitera os deveres de dispensa dos pacientes confinados contra sua vontade em serviços de saúde mental ou outras unidades de privação de liberdade estabelecidas nesses termos.

Também reafirma a proibição de instrumentos de tomada de decisão em substituição e a necessidade de inclusão de regimes de tomada de decisão apoiada. Tais tópicos foram discutidos de forma transversal na exposição dos demais Comentários Gerais, neste capítulo (113).

### **5.1.3. Comentário Geral nº 6**

O Comentário Geral nº 6, de 9 de março de 2018, tem como propósito o enfrentamento de questões ligadas ao direito à igualdade e à não discriminação. Busca esclarecer os Estados sobre os deveres que reverberam do artigo 5 da CDPD (114).

O Comitê reconhece que os enquadramentos normativos estatais são imperfeitos, incompletos ou não efetivos e não representam o modelo de deficiência referenciado nos Direitos Humanos. Muitos persistem na exclusão, isolamento, discriminação e violência contra pessoas com deficiência. Negam que a falta de acomodação necessária é discriminação, e não possuem instrumentos eficazes para viabilizar a reparação pelos danos causados (114).

São normas que podem ser enquadradas como tradutoras do melhor interesse dos pacientes, mas são capacitistas e paternalistas. Discriminações são evidenciadas a partir de esterilizações involuntárias, tratamentos hormonais e cirurgias não consensuais, medicalização, eletrochoques, confinamento, entre diversos outros exemplos de intervenções médicas involuntárias mencionadas pelo Comitê, objeto de denúncias prévias no sistema de proteção internacional dos Direitos Humanos (114).

O modelo de deficiência referenciado nos Direitos Humanos é inclusivo e promove a igualdade. Permite que os pacientes sejam reconhecidos como sujeitos de direitos e não reduzidos às suas deficiências. Fora desse modelo, tratamentos excludentes, diferenciados e discriminatórios são normalizados, e permanece um modelo médico que vislumbra a deficiência apenas sob a ótica da incapacidade. Tais modelos representam a visão tradicional sobre deficiência, suplantada pelo referencial dos Direitos Humanos (114).

A CDPD inaugura um modelo de igualdade inclusiva, que promove a extensão da percepção de igualdade, articulando-a a uma dimensão que reconhece as dificuldades socioeconômicas e propõe uma redistribuição justa,

que busca minimizar estereótipos, estigma, violência e preconceito. Ela estimula a participação dos pacientes para reafirmar seu lugar dentro da sociedade, além de se referir a uma dimensão de acomodação da diferença e diversidade como aspectos da dignidade humana.

Este é o fundamento de igualdade proposto pela CDPD: o reconhecimento de que todas as pessoas com deficiência são iguais perante a lei significa também que não deve haver normas que permitam a negação, restrição ou limitação de direitos das pessoas com deficiência, que deve ser também um elemento de consideração no momento da elaboração de normas (115).

## 5.2. DIRETRIZES SOBRE O ARTIGO 14 DA CDPD

O Comitê DPD, em setembro de 2015, publicou diretrizes afetas à segurança e à privação de liberdade das pessoas com deficiência, tópico necessário para a compreensão dos Direitos Humanos dos PAJs no Brasil.

O documento reitera a centralidade da liberdade e segurança das pessoas com deficiência, especialmente aquelas com deficiência mental ou psicossocial. Trata-se de um dispositivo não discriminatório, que proíbe a discriminação fundamentada na deficiência e que visa atingir o objetivo central da CDPD, que é o desfrute de todos os Direitos Humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, respeitando-se sua dignidade inerente (116).

A natureza não discriminatória do artigo 14 da CDPD está conectada com o direito à igualdade e à não discriminação, presentes no artigo 5, inclusive à igualdade perante a lei. O artigo 12 reforça a ideia de que não pode haver privação de liberdade com base na deficiência; isso é reforçado no Comentário Geral nº 1, ocasião em que o Comitê DPD orienta o banimento total dessas práticas involuntárias, reforçando a necessidade de aumento de instrumentos de tomada de decisão apoiada, prática adequada ao reconhecimento da liberdade dos pacientes psiquiátricos (116).

O direito à vida e à segurança é essencial para que o artigo 19 da CDPD (vida independente e integrada à comunidade) seja implementado. O fortalecimento de estruturas institucionalizantes e a falta de serviços em ambiente comunitário, além de violarem os artigos 12 e 14, também impedem a aplicação

do artigo 19. Isso evidencia a indivisibilidade dos Direitos Humanos, bem como a complexidade dos pacientes psiquiátricos. O Comitê DPD sugere estratégias práticas, tomadas em conjunto com instituições de natureza asilar e involuntárias, destacando que suas práticas, quando compulsórias ou não consensuais, também violam o artigo 25 (consentimento informado), uma vez que nessas instituições não há possibilidade de decisão do paciente sobre o modelo de cuidado que lhe é dispensado. Esse tópico será objeto de aprofundamento no próximo capítulo (116).

Para o Comitê DPD, deve ser obtido o consentimento informado de qualquer paciente, para qualquer tratamento, inclusive os psiquiátricos. Esse poderia ser mais um passo para banir as decisões em substituição e estimular as decisões em conjunto, apoiadas, garantindo que as pessoas apoiadoras não tenham influência prejudicial sobre os pacientes. No contexto dos tratamentos realizados, as diretrizes reforçam a proibição, violência, abuso e maus tratos, sendo dever dos Estados prover a segurança e a integridade pessoal dos pacientes, especialmente no que diz respeito à eliminação de métodos de contenção, seja ela física, química ou mecânica (116).

O Comitê DPD entende que esses métodos violam o art. 15 da CDPD, e consistem em instrumentos de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante. Entendem ainda que a detenção de pessoas com deficiência com base na periculosidade e risco de dano para si ou para outros viola o artigo 14, da CDPD. Internações com tais fundamentos violam de forma arbitrária o direito à liberdade. Há um senso comum de que pacientes psiquiátricos são perigosos, sobretudo quando recusam ou resistem tratamento ou outras medidas terapêuticas (116).

Os sistemas normativos devem ter, no entendimento do Comitê DPD, outras formas de se lidar com essas questões, de maneira que não discrimine pessoas com deficiência. Geralmente pacientes psiquiátricos, nesses casos, têm um aparato normativo distinto para aferição de responsabilidades ou demais encaminhamentos. Normalmente esse aparato normativo não tem parâmetros altos em termos de Direitos Humanos e violam o artigo 14 da CDPD (116).

O Comitê DPD também entende que as tradicionais normas que declaram as pessoas incapazes de enfrentar julgamento (*unfit to stand trial*) violam os direitos de defesa do paciente em relação aos demais acusados, que teriam mais

mecanismos de defesa. O Comitê DPD sugere que os Estados removam tais possibilidades de seu sistema de justiça criminal, e que aqueles que estão presos em instituições psiquiátricas e que não tiveram a oportunidade de se defender dos delitos aos quais foram acusados deverão fazê-lo, com direito à defesa técnica e acomodação prisional adequada, no escopo de atendimento dos direitos a um julgamento justo e devido processo legal (116).

Entende então o Comitê DPD, no que diz respeito à questão das medidas de segurança, que todos os pacientes que foram isentos de sua responsabilidade criminal são sujeitos às mesmas garantias e condições aplicáveis a qualquer acusado. O Comitê DPD defende a eliminação de medidas de segurança, incluindo aquelas em que há tratamento médico e psiquiátrico forçado em instituições que os segregam. O Comitê DPD se mostra preocupado com medidas de segurança que não têm prazo de duração definido e não apresentam garantias processuais criminais adequadas. Sugere ainda que qualquer sistema criminal deve ter a perda da liberdade como último recurso, privilegiando programas diversos de prevenção e resolução de questões criminais, como a justiça restaurativa (116).

As diretrizes em análise prosseguem, orientando em relação à necessidade de privilégio de tomadas de decisão apoiada e diretrizes de vontade do paciente expressas antecipadamente, mesmo no contexto das internações involuntárias e compulsórias. Também reafirmam a necessidade de acomodações adequadas, sob pena de violação ao artigo 15. Estabelecem que pacientes psiquiátricos devem ter condições e apoio suficientes para enfrentar julgamento, em vez de serem declarados incompetentes de pronto (116).

Tais pacientes devem ter acesso, em base de igualdade com demais pessoas passíveis de prisão, de acessar locais e edificações em que o serviço jurisdicional ou policial são prestados; essas entidades devem resguardar seus direitos. Pacientes detidos em hospitais psiquiátricos ou similares, submetidos a tratamento forçado (ou com essa possibilidade futura), devem ser informados sobre mecanismos jurídicos para pedir sua liberação judicial (116).

Essa liberação pode ser para sair dos espaços ou para cessar o tratamento médico forçado, além de outras medidas, como abrir as portas das instituições, esclarecendo o direito dos pacientes de sair e de terem acomodação e meios de sobrevivência providos por medidas desinstitucionalizadoras e instrumentais para

a vida independente e incluída na comunidade. Compensações e reparações devem ser destinadas a pacientes privados ilegal e arbitrariamente de sua liberdade (116).

Pessoas com deficiência podem ser afetadas por violência, abuso, punição e tratamento cruel ou degradante. Isso pode ocorrer por meio de isolamento forçado ou violência física. O Comitê DPD tem se preocupado com a ocorrência desses atos, que podem acontecer dentro ou fora de instituições psiquiátricas. Os signatários devem promover medidas de proteção em favor das pessoas com deficiência, destacando-se que tratamentos corretivos forçados também devem ser proibidos (116).

O artigo 19 da CDPD assegura o direito à vida independente e integrada na comunidade e esse direito deve ser viabilizado pelos Estados. Isso é possível por meio da implementação de estratégias e políticas de desinstitucionalização, alocação de recursos em serviços de apoio para a tomada de decisão dos pacientes, promoção de políticas de habitação e educação inclusivas. Nenhum paciente deve ser obrigado a viver em um determinado modelo residencial por conta de sua deficiência. A institucionalização é uma medida discriminatória e representa a impotência do Estado em cumprir o artigo 19 da CDPD; os pacientes são forçados, neste ponto, a viver fora da comunidade para receber tratamento. Isso, para o Comitê DPD, é discriminação para obtenção de tratamento, com base na deficiência (116).

Esse panorama demonstra a capacidade de mudança de fundamentos teóricos e práticos quando da aplicação da CDPD no contexto da saúde mental. A prática psiquiátrica pode apresentar dilemas éticos ligados à privacidade, autonomia, dignidade, independência, saúde e capacidade decisional diariamente; práticas abarcadas por medidas coercitivas são campo para muito debate ético. A desconsideração da CDPD no campo da saúde mental pode levar à restrição de Direitos Humanos (94).

O relator especial do Conselho de Direitos Humanos da ONU reiterou, em 2018, que o confinamento em hospitais e unidades médicas, especialmente por longos períodos, constituem privação de liberdade de fato e que todas as formas de confinamento sem consentimento potencialmente consistem em violação do direito à saúde. Também informa que a CDPD estabelece uma mudança de paradigma para a saúde mental, abandonando medidas desatualizadas de

confinamento de pacientes psiquiátricos. Sugere que seja reduzido o uso de intervenções institucionalizantes em espaços de cuidado em saúde mental (106).

Zinkler e Von Peter (117) discutem o relatório especial sobre o direito ao acesso ao melhor nível de saúde física e mental possíveis e a proposta de reduzir radicalmente a coerção médica e fomentar o movimento rumo ao fim de todos os tratamentos psiquiátricos forçados e em confinamento. Informam a ocorrência de sistemáticas violações aos artigos 15, 16 e 17 da CDPD. As medidas coercitivas continuam disseminadas pelo mundo, em maior ou menor grau e intensidade. Não há implementação adequada de instrumentos de tomada de decisão apoiada por parte dos Estados signatários. Mesmo que o paciente não aceite o apoio oferecido, serviços sociais e de saúde mental não devem se furtar ao apoio, ainda que de maneiras alternativas.

O preâmbulo da CDPD e artigos como o 1, 3, 8, 16 e 25 informam que não se trata apenas de uma questão de consideração das vontades e preferências do paciente. O Comitê DPD e outros órgãos, como o Alto Comissariado de Direitos Humanos, afirmam que medidas coercitivas em saúde mental não estão alinhadas com o artigo 12 da CDPD. Os serviços de atenção em saúde mental mudarão proporcionalmente às mudanças das medidas coercitivas, especialmente sua função de controle social. Sob um novo paradigma, o diagnóstico psiquiátrico não será sinônimo de desvantagem no que diz respeito à restrição dos direitos de locomoção das pessoas, e uma abordagem funcional e capacitista não mais será utilizada como justificativa para detenção ou outras medidas coercitivas (117).

Conforme já referido neste trabalho, a legislação de muitos países ainda tem como fundamento o tratamento coercitivo e a negação ou restrição de direitos. Por outro lado, a CDPD procura trazer um equilíbrio rumo à promoção dos Direitos Humanos centrada no tratamento psiquiátrico comunitário e integrado à sociedade, como forma de possibilitar a recuperação por meio da reabilitação do paciente. O paradigma asilar e todas as práticas que o representam devem ser abolidos.

As melhores práticas para garantir o cumprimento da CDPD e o direito à liberdade demandam uma sistematização de práticas alternativas ligadas à prestação do serviço de forma aberta; portas, comunidades e diálogos abertos; livre acesso ao serviço, engajamento comunitário, promoção de diretivas

antecipadas, possibilidade de tomadas de decisão em conjunto (apoiadas), abordagens centradas na reabilitação e recuperação do paciente, considerado em sua complexidade. A desinstitucionalização é um primeiro passo, mas a CDPD lança as bases para novos horizontes e abordagens do tratamento psiquiátrico (117).

Para Albuquerque (104), a CDPD estabelece um novo paradigma como critério para a capacidade decisional a garantia das vontades e preferências da pessoa, e não o critério dos melhores interesses, usualmente utilizado para a tomada de decisão substituta, como a curatela. Afirma a autora, contudo, que na Inglaterra e País de Gales há outro entendimento, pelo qual o critério de melhores interesses não é associado à tomada de decisão substituta, apresentando noções distintas. O critério de melhores interesses serviria para aferir interesses passados e presentes e seria, portanto, fundamentado em valores pessoais; já a tomada de decisão substituta teria como base valores e crenças externos (104).

Prossegue a autora, informando que o critério dos melhores interesses guarda relação com uma decisão específica, e, no contexto da saúde de pacientes incapazes de decidir, tem sido compreendido de forma holística, não apenas como “melhores interesses médicos”. Não há, contudo, uma hierarquia de valores ou princípios orientadores para a tomada de decisão substituta; não há diretrizes para a determinação dos melhores interesses. Levar-se-ia em conta, então, não apenas os interesses individuais, mas também os ligados à manutenção dos relacionamentos, considerando o contexto específico de cada paciente (104).

Já no que diz respeito ao critério da vontade e preferências, seu fundamento é a proteção da autonomia pessoal. A vontade diz respeito a desejos e aspirações individuais ligadas ao projeto pessoal de vida boa; preferências traduzem gostos ou meios de preferência e prioridade dentre as opções disponíveis no decorrer da vida, escolhas e decisões. Esse critério vincula-se aos modelos de tomada de decisão apoiada, apresentando suportes para que essa abordagem de compreensão da capacidade decisional seja pautada nas vontades e preferências dos pacientes. Elas podem ser expressas de variadas formas, não necessariamente verbalmente, cabendo aos apoiadores reconhecê-las e segui-las; por isso, privilegiam-se apoiadores que sejam próximos aos pacientes (104).

Quando o conhecimento e a compreensão das vontades e preferências do paciente não for viável, interpreta-se da melhor maneira possível para a decisão em específico, sob orientação da boa-fé. A autora informa que há posicionamentos no sentido de substituição das vontades e preferências dos pacientes em prol de seus melhores interesses em casos extremos; exemplifica com o caso de anoréxica que foi tratada coercitivamente para que a vida lhe fosse mantida (104).

Entende-se também que os critérios de “melhores interesses” e “vontades e preferências” não precisam se excluir, podem ser compreendidos e aplicados de forma integrada. A CDPD segue orientação das vontades e preferências; considera-se que mesmo pacientes com capacidade decisional severamente reduzida conseguem se expressar e contribuir para a tomada de decisão apoiada, inclusive descontentamento diante de uma atividade ou intervenção específica. O critério de vontade e preferências, portanto, é o adotado para o modelo de capacidade jurídica conforme os Direitos Humanos (104).

Em consequência, os modelos de capacidade dos Estados devem incorporar o critério da CDPD. Frise-se que o apoiador não deve influenciar a decisão com seus valores pessoais, independentemente do critério utilizado. Apenas em situações excepcionais, e com muita cautela, as vontades e preferências podem ser afastadas em benefício dos melhores interesses (104).

### 5.3. INICIATIVA *QUALITY RIGHTS*

Nesse contexto de novos horizontes e abordagens terapêuticas mais alinhadas à CDPD, que necessitam ser fortalecidos, é que a OMS propôs a iniciativa *Quality Rights*. Essa iniciativa teve início em 2012. Compreende 116 critérios para melhor implementação dos Direitos Humanos previstos na CDPD. Os critérios são divididos em cinco temas principais, permitindo a melhora da qualidade dos serviços de saúde mental e social, mediante sua fundamentação nos Direitos Humanos e na CDPD. O treinamento também busca influenciar políticas em saúde e construir conhecimentos e habilidades capazes de concretizar serviço centrados no paciente e na sua recuperação, por meio da inclusão comunitária (118).

Os cinco módulos do treinamento cobrem conteúdos de Direitos Humanos, saúde mental, deficiência, capacidade, recuperação e o direito à liberdade, especialmente liberdade contra coação, violência e abuso. Há capacitação específica para práticas de reabilitação, estratégias para abolir isolamento e restrições à locomoção, além das tomadas de decisão apoiadas e diretivas antecipadas de vontade. As aulas são ministradas por equipes multidisciplinares, incluindo pessoas pacientes psiquiátricos, tratadas dentro do contexto de atenção em saúde mental preconizado pela CDPD e OMS. O treinamento tem como destinatários usuários do serviço, familiares, clínicos e gestores do serviço. Os módulos são flexíveis e adaptáveis conforme as necessidades do grupo (119, 120).

A iniciativa *Quality Rights* tem sido uma ferramenta prática não só de monitoramento, mas principalmente de suporte de estímulo de mudança da mentalidade dos gestores do serviço em saúde mental e dos pensadores das políticas públicas em saúde mental nos países. O programa de treinamento traz alternativas práticas e exemplos de funcionamento, com segurança, da diminuição e eventual restrição total do uso de medidas coercitivas, ponto nevrálgico para a mudança no tratamento dos pacientes psiquiátricos, inclusive os judiciários. Mais elementos contra a ideia de risco e periculosidade são apresentadas, viabilizando uma gradual mudança de paradigma (120).

Embora o programa *Quality Rights* tenha se mostrado um elemento chave para a implementação da CDPD nos Estados signatários, a realidade deles não é de reforma, mesmo depois da elaboração da CDPD. Muitos ainda conservam práticas manicomiais, aliadas ao modelo biomédico e afastadas do modelo psicossocial. Como medida de promoção e apoio na implementação dos Direitos Humanos das pessoas com transtorno mental, para viabilizar novas diretrizes de tratamento e oferecer novos parâmetros normativos, a iniciativa *Quality Rights* realiza a capacitação e o treinamento nos países signatários da CDPD, cuja reforma é necessária para alinhamento aos dispositivos da CDPD (120).

A *Quality Rights* tem proposto mudanças na psiquiatria global, afastando-a de práticas coercitivas e encaminhando-a para o cuidado centrado no paciente e fundamentado nos Direitos Humanos. Alguns autores que se opõem aos posicionamentos do Comitê DPD, notadamente os CGs nos artigos 12 e 14 da

CDPD, e já mencionados neste capítulo, seguem com ressalvas no que diz respeito ao abandono total de intervenções involuntárias.

De todo modo, é evidente que a iniciativa da OMS estimula os Estados a aderirem à CDPD na prática, de modo a influenciar as políticas públicas internas, construindo conhecimentos para a implementação de abordagens de cuidado em saúde mental que visam à recuperação e inclusão do paciente na comunidade. O sujeito, aliás, é o protagonista das práticas e deve ter mecanismos de manifestação de sua vontade a todo o tempo (121).

#### 5.4. PANORAMA ATUAL APÓS A CDPD E O *QUALITY RIGHTS*

A saúde mental tem sido remodelada desde 2006, quando foi finalizada a CDPD. As normas internas que até então não se alinhavam aos pressupostos da CDPD precisaram movimentar-se nesse rumo. As práticas centradas nos pacientes, nos Direitos Humanos, nas tomadas de decisão apoiada e no privilégio da capacidade e autonomia individuais do paciente têm sido um balizador para a “definição da ética no século XXI” (94).

A iniciativa *Quality Rights* oferece um cenário de busca contínua por mudanças. Propostas criativas são necessárias para a construção de intervenções terapêuticas que englobem a confiança e o empoderamento dos pacientes, evitando as armadilhas do passado manicomial. Para tanto, laços entre Psiquiatria, Saúde Pública e Ciências Sociais precisam ser fortalecidos, com a consciência de que não existem respostas rápidas e simples. O debate pode ser desconfortável, mas pode apresentar novos papéis para a psiquiatria, de um lugar de tutela para um de facilitação (96).

A iniciativa *Quality Rights* tem sido um importante instrumento para mediação do debate entre o campo da Psiquiatria, dos Direitos Humanos e dos pacientes psiquiátricos. Neste capítulo foram abordadas algumas resistências do campo da Psiquiatria, sobretudo no que diz respeito à institucionalização, medidas coercitivas e capacidade decisional.

Moro *et al.* (122) afirmam que psiquiatras têm participado da iniciativa e realizado parcerias com as outras partes. Participaram em todas as etapas de elaboração do material, publicado pela primeira vez em 2019. Essa colaboração foi essencial para o sucesso do programa, inclusive referendando cientificamente

práticas psiquiátricas inadequadas. Representa uma importante fonte de diálogo (122).

A título de exemplo, a Irlanda relata um aumento de medidas coercitivas na última década, seguida de orientações governamentais para os serviços de saúde mental. Em 2018, o aumento do isolamento de pacientes psiquiátricos foi de 56% em relação a 2008. Houve também um aumento de 47% na carga horária de isolamento em relação a 2017. A Irlanda ratificou a CDPD apenas em 2018, e manifestou reservas (não concorda completamente) com os artigos 12, 14 e 27. A Índia, por sua vez, proibiu práticas coercitivas envolvendo restrições à locomoção e ao isolamento. Esses dois países têm em comum, atualmente, o treinamento da iniciativa *Quality Rights* (123).

No que diz respeito ao material previsto na iniciativa para o seu treinamento, destaca-se a narrativa de experiência ocorrida no estado americano da Pennsylvania nos anos 1990. Nesse caso, houve uma redução significativa no uso de medidas coercitivas em hospitais psiquiátricos, inclusive os que tratavam PAJs. O Departamento de Bem-Estar Social instituiu um programa para eliminação gradativa de isolamento e restrições nas unidades psiquiátricas (inclusive as forenses). Todos os hospitais estão livres de isolamento por muitos anos e estão próximos de zero no que se refere a restrições à locomoção. O programa foi concebido a partir da combinação de treinamento, monitoramento, revisão de práticas e políticas, mudanças culturais, transparência de dados e adoção de abordagem psicossocial focada na reabilitação. Restrições físicas e químicas foram significativamente reduzidas, e não houve aumento de violência contra as equipes de prestação de serviço. Em alguns casos, esse número até diminuiu (124).

Turnpenny *et al.* (125) informam que os países do leste europeu tiveram um declínio no número de leitos psiquiátricos tradicionais, mas um aumento de PAJs, sugerindo apenas um novo direcionamento e criminalização desses pacientes, mencionando-se a República Tcheca e a Estônia, a título de exemplo. Os autores mencionam outros países europeus, fora da região leste, que precisam de alinhamento com a CDPD, mas em um grau de intensidade coercitiva menos severo, como Finlândia, Suécia e Escócia.

Questionam os autores também o tratamento comunitário compulsório; em alguns países europeus é aplicável apenas para PAJs. É uma forma de manter os

pacientes fora do hospital e dentro da comunidade. Na França e Escócia, as ordens de tratamento comunitário para PAJs representam 40% do total de tratamentos compulsórios; em Malta, 30%. Há necessidade de adequação dos Estados em relação à CDPD em maior ou menor grau, a depender do nível de restrição involuntária praticada (125).

Diante do exposto, evidencia-se o marco que a CDPD representa para a proteção dos direitos dos pacientes psiquiátricos. Os movimentos de reforma psiquiátrica, iniciados ao fim do século XX, puderam vislumbrar seus ideais contemplados pelos Direitos Humanos de forma específica, em uma convenção que possibilita a proteção dos pacientes psiquiátricos globalmente.

Por outro lado, evidenciam-se os desafios necessários para o cumprimento da CDPD em escala global. Os CGs e a iniciativa *Quality Rights* também fomentaram a mudança, a resistência ou no mínimo a autocrítica das condutas de alguns Estados. Nesse sentido, o banimento total às medidas coercitivas levanta questões bioéticas cuja resposta não é simples; seu desenvolvimento se dará nos próximos capítulos, sem a pretensão de esgotar o tema, uma vez que o debate ainda é efervescente.

A crítica neste capítulo, levantada por alguns autores, será objeto de reflexão retomada no próximo capítulo. Por exemplo, negar o tratamento psiquiátrico adequado em virtude de uma diretiva antecipada, em casos de manifesta impossibilidade, compreensão dos desdobramentos e impactos do tratamento e sua ausência, constitui uma questão bioética a ser considerada sob a ótica dos Direitos Humanos.

Mesmo os países mais reformadores, como a Itália, ainda possuem algum tipo de intervenção residual e excepcional, utilizados inclusive no caso das medidas de segurança. Qualquer intervenção psiquiátrica pode ser uma experiência traumática e dolorosa. Alguns setores da academia evidenciam um debate não pacificado, cujo consenso é crucial para a implementação efetiva dos Direitos Humanos nos países signatários da CDPD. Justifica-se o próximo capítulo, sobre Direitos Humanos dos Pacientes aplicados à saúde mental, pela necessidade de aprofundamento dos argumentos teóricos dos tópicos do debate em questão.

## **6. DIREITOS HUMANOS DOS PACIENTES E MEDIDAS DE SEGURANÇA: UMA APROXIMAÇÃO NECESSÁRIA**

Os Direitos Humanos dos pacientes (DHP) foram apresentados na introdução e discutidos nos dois últimos capítulos desta tese, em diálogo com os Direitos Humanos em geral e a Bioética. A partir disso, o presente capítulo objetiva aprofundar os estudos sobre os DHP, suas espécies e aplicações no campo da saúde mental. A base das formulações apresentadas neste capítulo, ora elaboradas, estão assentadas na construção teórica de Albuquerque (4, 126), bem como nos entendimentos apresentados por Andorno (82, 84, 87, 89) e Puras (18, 68, 99, 122). Além das discussões sobre os DHP, de formas geral e específica, será realizada a contraposição dos DHP à realidade normativa aplicável aos PAJs, e, na sequência, as propostas de atenção em saúde mental alternativa, denominadas “Diálogo Aberto” (DA) e Análise Colaborativa de Riscos (ACR). Por fim, será realizada uma análise da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), importante precedente no que diz respeito à implementação de práticas de saúde centradas nos pacientes encarcerados, além da Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023 (127), que tem como escopo instituir a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelecer diretrizes para a implementação dos DHP e da Lei da Reforma Psiquiátrica no âmbito das MSs.

Direito do Paciente não é exatamente o mesmo que DHP. Segundo Albuquerque (126), o Direito do Paciente se constitui enquanto ramo autônomo jurídico que se alicerça em três fundamentos teóricos: o cuidado centrado no paciente, a vulnerabilidade acrescida do paciente e a sua participação. Direito do Paciente é “um novo ramo alicerçado em construtos teóricos interdisciplinares, o que demonstra a sua riqueza teórico-prática e abertura para a complexidade do encontro clínico” (126).

Os DHP, por sua vez, são a face internacional do Direito do Paciente, como abordados no início do presente trabalho, uma vez que se constituem referencial teórico-normativo, expressam um elenco de direitos, aceitos consensualmente em diversas regiões do mundo, derivados dos Direitos Humanos aplicados ao contexto dos cuidados em saúde. O Observatório de Direitos do Paciente do

Programa de Pós-graduação em Bioética da Universidade de Brasília, em pesquisa realizada em parceria com a RedBioética/UNESCO del Programa para América Latina y el Caribe de Bioética de la UNESCO (Oficina de Montevideo), esclarece que, na região, apenas Equador, Chile, Costa Rica, El Salvador, Argentina e Uruguai (seis países) possuem legislação nacional de direitos dos pacientes. Assim, é possível afirmar que, nessa mesma região, os seguintes países não contam com legislação nacional de direitos dos pacientes: Bolívia, Brasil, Colômbia, Cuba, Guatemala, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Haiti, Honduras, República Dominicana e Venezuela (13 países). Portanto, é possível afirmar que no quesito proteção legislativa no âmbito nacional, os pacientes da América Latina não contam com o devido reconhecimento, talvez como reflexo de um paternalismo médico predominante na região (126).

Albuquerque ainda afirma que pacientes em períodos de longa internação (como os PAJs) apresentam uma situação agravada de vulnerabilidade. Tais pacientes, especialmente quando apresentam dificuldades de locomoção ou fala, ou estão desorientados, dependem dos profissionais de saúde, inclusive para o atendimento de suas necessidades mais básicas e cotidianas (126).

Destaca-se então que a estrutura dos Direitos Humanos permite a formulação de padrões universais, haja vista que os Direitos Humanos básicos não transcendem a diversidade cultural e podem com ela coexistir. São inerentes à condição humana e, nesse contexto, origem étnica, gênero, idade, *status* socioeconômico, de saúde, religiosa, entre tantas outras características, demonstram a diversidade e não negam, pelo contrário, reforçam a dignidade inerente a cada ser humano e a liberdade que deve possuir para expressar todas as suas potencialidades. Para o autor, considerando que a Bioética lida com diversas tradições e perspectivas, dos mais variados matizes – culturais e religiosos, entre outros, a “universalidade do marco dos Direitos Humanos é um bem precioso” (79).

Andorno levanta uma razão prática acerca da utilização de uma estrutura de Direitos Humanos no âmbito da Bioética, qual seja, a que “existem poucos, se houver, mecanismos disponíveis além dos Direitos Humanos para funcionar como uma fundação normativa global na biomedicina” (79).

Conforme apontado, os DHP constituem referencial teórico-normativo, eis que envolvem a aplicação de princípios e Direitos Humanos e jurisprudência

internacional, que abarcam o cuidado em saúde (4). Sua essência reside na dignidade humana, e tem como princípios específicos o cuidado centrado no paciente, a autonomia relacional e a responsabilidade dos pacientes, rechaçando o modelo exclusivamente biomédico de saúde, optando por uma visão holística do paciente, e inserindo no bojo do debate aspectos como a não discriminação e exclusão social (128).

Compreendendo o paciente como sujeito ativo nas prestações desse cuidado, os DHP propõem um arcabouço bioético para a construção de uma nova cultura nos cuidados em saúde, bem como a mediação e resolução dos conflitos nesse campo. O entrelaçamento dos DHP com a Bioética se dá em virtude de sua construção como uma lente de análise de questões éticas ligadas à medicina, ciências da vida e tecnologia a elas relacionada. Nessa interface, a Bioética traz reflexões e prescrições morais, e os DHP “estabelecem obrigações jurídicas vinculantes aos atores governamentais, com o foco na proteção dos pacientes” (4).

No que diz respeito a pacientes psiquiátricos, dentre eles os PAJs, os DHP inauguram uma mudança de paradigma na compreensão da deficiência, inclusive a mental. Essa mudança ficou mais marcada a partir da CDPD. Da visão tradicional, que observa os pacientes como objetos de caridade que precisam de cura, para uma perspectiva de Direitos Humanos que enfrenta as barreiras impostas aos pacientes psiquiátricos, em todas as áreas da vida. Tais pessoas passam a ser percebidas como detentoras de direitos, integrantes ativas da sociedade, como qualquer outra (129).

Apesar disso, o processo de incorporação dos DHP em saúde mental ainda é lento. Conforme análise dos relatórios enviados por 19 países para o Comitê de DPD, realizada em 2021, constatou-se que pouco se falou sobre deficiências psicossociais; a média foi de 5,6%, com destaque de 13,9% para a Austrália, o país que mais tocou no tema. Entretanto, a despeito das abordagens teóricas fundamentadas nos Direitos Humanos, persistem as abordagens discriminatórias e ligadas à caridade e ao paradigma biomédico foram usadas em quase todos os relatórios (129).

Além do princípio da dignidade, discutido no capítulo 4, os DHP se amparam no princípio do cuidado centrado no paciente, autonomia relacional e responsabilidade dos pacientes. Retomando à ideia de uma visão holística,

destaca-se que os DHP, por meio do princípio do cuidado centrado nos pacientes, propõem a alteração da relação médico-paciente para um enfoque multiprofissional, visando maior destaque às demais áreas da saúde, convergindo ao paciente, compreendido como protagonista nos cuidados, uma vez que é o seu principal beneficiário. O princípio em questão é materializado no consentimento informado e na Tomada de Decisão Compartilhada (TDC), instrumentos de decisão do paciente sobre seu tratamento. O princípio é expresso na intersecção entre dignidade, respeito e compartilhamento de informação, numa perspectiva participativa e colaborativa (4).

No Reino Unido, o Instituto Nacional para Saúde e Excelência no Cuidado (*National Institute for Health and Care Excellence - NICE*), o Comitê de Qualidade Nacional do *National Health System* (NHS) corroboram os princípios do cuidado centrado no paciente, incluindo dignidade, compaixão, escolha e autonomia, além de um chamado para o fortalecimento da voz do paciente (130).

No que diz respeito à saúde mental, o NHS adota atualmente um modelo uma política de reabilitação ou recuperação dos pacientes psiquiátricos, rompendo com o modelo asilar. Esse modelo reconhece os impactos positivos da prática clínica centrada no paciente. Há inclusive um planejamento para implementação dessa política no NHS, bem como um compromisso de personalização dos cuidados em saúde mental. Tais medidas têm como objetivo a melhoria da agência e a autodeterminação do indivíduo, a partir da colaboração nas tomadas de decisão. O plano, que compreende o quinquênio 2019/2023, pretende que cuidados personalizados e centrados no paciente sejam uma prática comum para 2,5 milhões de pacientes psiquiátricos no decorrer desse período. Para tanto, institui um modelo universal de cuidados personalizados baseados na TDC como uma de suas partes principais (131). Até então, a TDC era associada a práticas de saúde que envolviam cirurgias, e não PAJs. Há uma discussão sobre a efetiva implementação da política nas unidades em que estão os pacientes (132).

No que diz respeito à TDA, é importante que se esclareça que ele parte de uma perspectiva de autonomia relacional. Pacientes em situação de vulnerabilidade acrescida, como os PAJs, podem ter maior dificuldade de exercício de autonomia, sobretudo se a autonomia for concebida de maneira mais tradicional. Nesses casos, é comum a concordância com as proposições médicas

(4). De acordo com Markham (132), o modelo de TDA deve ser orientador em todos os serviços de saúde, inclusive na saúde mental.

Nesse contexto, necessário o discernimento entre TDC e TDA no contexto dos direitos humanos do paciente. A TDC envolve um processo colaborativo entre profissionais de saúde e pacientes, em que ambas as partes trocam informações, deliberam sobre as opções disponíveis e chegam a uma decisão mutuamente acordada. Foi demonstrado que o TDC aumenta a satisfação do paciente, a qualidade da decisão e a adesão aos planos de tratamento salvaguardando assim os direitos humanos dos pacientes. De acordo com Lu *et al.* (133), esse processo respeita a autonomia dos pacientes, reconhece seus direitos de participar das decisões sobre sua saúde e reconhece suas preferências e valores únicos.

Ecklund (134) destaca que a TDC contribui para o empoderamento, satisfação e engajamento do paciente na saúde, promovendo seus direitos humanos e melhorando a qualidade da assistência prestada. No que diz respeito a pacientes psiquiátricos, Lu *et al.* (133) advertem, por fim, que é importante considerar o contexto específico e as necessidades individuais de cada paciente. As condições de saúde mental podem variar amplamente, e a capacidade de tomar decisões compartilhadas pode depender de fatores como a gravidade da condição, as habilidades cognitivas do paciente e a disponibilidade de recursos e apoio adequados (133).

É nesse contexto que o trabalho enfoca a TDA, por ser útil especialmente em momentos de crise. Conforme mencionado, pacientes psiquiátricos, dentre eles os PAJs, não estão em crise ou surto indefinidamente; esses momentos são temporários. Entretanto, em momentos de crise é importante que sua individualidade e subjetividade como ser humano sejam respeitadas. A TDA foca especialmente em pacientes com limitações para expressar suas decisões em um determinado momento, impossibilitados de tomar decisões independentemente (130), e visa apoiar a sua capacidade de decisão e fazer valer os seus direitos humanos.

Trata-se de fornecer o suporte necessário, garantindo que as decisões reflitam as vontades e preferências do paciente. Esse suporte vem de uma terceira pessoa, de confiança do paciente. Algumas formas de apoio à tomada de decisão podem constituir-se a partir da inclusão de pessoas de confiança do paciente, do apoio de pares, da advocacia, do apoio comunitário e de vizinhança,

da assistência com comunicação, do fornecimento de informações em formato compreensível, do apoio tecnológico e de formas de planejamento, além de declarações de diretivas antecipadas. A TDA está inserida no molde da CDPD, uma vez que visa garantir que as vontades e as preferências de um indivíduo tenham efeito na mesma medida que as dos outros, em todas as situações, ultrapassando-se os limites de intervenções injustificadas (como as limitações estabelecidas aos PAJs no âmbito das MSs. Ao invés disso, a TDA foca na remoção proativa de obstáculos ao pleno gozo dos DHP e na criação de ambientes que respeitem isso (135).

No que diz respeito a crises, o programa *Quality Rights* fornece algumas orientações sobre sua abordagem, bem como sobre como elaborar um planejamento de recuperação centrada na pessoa. Menciona que vivenciar uma crise pode ser uma oportunidade de aprendizado e que os indivíduos podem aprender coisas novas sobre si mesmos e, como resultado, desenvolver novas habilidades de enfrentamento. Também sugere que os indivíduos possam fazer alterações em seu plano de recuperação, incluindo a parte do planejamento antecipado, para refletir quaisquer alterações que ocorram após a passagem por uma crise. Entende-se também que o programa estimula os processos de TDA, ao sugerir buscar apoio e informações junto a familiares, colegas, profissionais de saúde mental ou amigos, para entender o que eles percebem sobre o paciente quando está em crise, de modo a criar um plano de recuperação que deve ser atualizado à medida que o paciente cresce e aprende e suas necessidades e respostas às situações mudam (136).

Tanto TDC quanto TDA compartilham o objetivo de respeitar e defender os DHP; a TDC centra-se na promoção da autonomia do paciente e no seu envolvimento nos processos de tomada de decisão, enquanto a TDA aborda especificamente as necessidades das pessoas impossibilitadas de decidir de maneira independente, em determinado momento de seu tratamento. Ao implementar ambas as abordagens, os profissionais de saúde podem promover o cuidado centrado no paciente, promover a autonomia e salvaguardar os direitos humanos na tomada de decisões em saúde. Em resumo, a tomada de decisão compartilhada enfatiza a colaboração e a decisão conjunta entre o indivíduo e o clínico, enquanto a tomada de decisão apoiada se concentra em fornecer

assistência e apoio ao indivíduo nas decisões que se alinham com seus próprios valores e preferências (137).

Sobre esse tema, foi realizado um relatório independente acerca da modernização das normas de saúde mental no Reino Unido (138). Nele, recomenda-se que seja desenvolvido um arcabouço normativo apto a estimular diretivas antecipadas, consistentes no planejamento do cuidado e tratamento hospitalar aplicados, escolhidos previamente, como medida acautelatória, destinadas a respeitar a vontade e preferências do paciente quando não houver possibilidade de manifestação. Percebe-se então que as interações do paciente auxiliam a concretização da autonomia, inter-relacionada com as pessoas que o cercam. Sem estímulos do ambiente, sem o oferecimento de informação, sem consideração de sua perspectiva e estado emocional, a autonomia do paciente se torna mitigada (4).

Feitas essas considerações, necessária a reflexão acerca dos DHP como referencial ético para a análise da situação dos PAJs.

Puras e outros defendem que o atendimento às necessidades de saúde pública com fundamento nos Direitos Humanos é uma abordagem capaz de viabilizar a equidade. No que diz respeito à saúde mental, os desafios, para os autores, são um pouco mais desafiadores e complexos, sobretudo se for considerado o histórico de violações a Direitos Humanos nesse campo das práticas de saúde. Eles destacam que, embora muito da pesquisa sobre o tema tenha partido do norte global, há estudos proliferando em outras regiões (139).

Puras afirma que as violações a Direitos Humanos nos sistemas de saúde mental variam da negligência da experiência dos pacientes no serviço até o encarceramento e uso de tratamentos coercitivos sem validade clínica. Apesar da melhoria do sistema normativo internacional, sobretudo a CDPD, a implementação das normas ainda é deficiente, sobretudo em países de baixa renda. Estabelece, então, o autor alguns direcionamentos para a mudança paradigmática do modelo de atenção em saúde mental para uma abordagem alinhada aos Direitos Humanos (139).

O primeiro direcionamento é a percepção da saúde mental como um direito humano, incluindo-se aí o direito de acesso aos cuidados de saúde mental. O segundo direcionamento é o foco na dignidade e na autonomia dos pacientes. O terceiro é o acesso à informação. O conhecimento sobre Direitos Humanos e

saúde mental pode alterar significativamente a maneira como os pacientes psiquiátricos são capazes de se defender ou buscar seus direitos. E, sem informações, não é possível fazer escolhas adequadas ou ter o suporte correto nos processos de tomada de decisão (139).

Em pesquisa de campo realizada no Quênia, Puras e demais autores mencionam a fala de um paciente no sentido de que

[...] Não consigo [acessar] meus direitos se não os conheço, e não consigo entender minha saúde mental se não a conheço ... A verdade é que as pessoas não sabem o suficiente, e acho que isso é um problema, principalmente nos hospitais (139).

Puras também manifesta o entendimento de que a vida familiar e em comunidade devem ser compreendidas como um direito. Os apoios da comunidade, de pares e da família são importantes para a reabilitação dos pacientes. Além disso, o trabalho de foco nos determinantes sociais, econômicos, espirituais e políticos, sob o prisma de melhoria do bem-estar da comunidade, pode trazer melhorias na situação de saúde mental dessa comunidade, uma vez que é possível a prevenção de quadros mais severos de saúde mental, pois “quando as barreiras ao bem-estar são abordadas, o sofrimento pode ser evitado” (139).

De acordo com Puras, existe desconexão e incompreensão da utilidade dos Direitos Humanos nas práticas médicas, especialmente na área da saúde mental, o que requer atenção urgente. Entende que os Direitos Humanos são uma ferramenta essencial para a Bioética e adequação das práticas clínicas ao modelo de atenção preconizado pela CDPD. Isto porque os Direitos Humanos estão calcados em valores éticos universais, delineados a partir de consenso, e fornecem orientações acerca dos comportamentos que profissionais de saúde devem ter em relação aos pacientes. Neste processo, os Direitos Humanos constróem pontes entre essas partes, quais sejam, sistemas de saúde, profissionais e pacientes, estes últimos, sempre vulneráveis, em maior ou menor grau (140).

Para profissionais de saúde tradicionalistas, os Direitos Humanos consistem em uma retórica ineficaz e sem benefícios para o profissional, enquanto, para outros profissionais, eles lançam mão de ferramentas de

monitoramento caras, de difícil implementação e que trarão limitações ao trabalho cotidiano (140).

Tais posicionamentos fortalecem situações em que cuidados em saúde são prestados sob o argumento das boas intenções, mas em essência movidos pela certeza de que o papel do médico e dos demais profissionais de saúde é utilizar todos os métodos à sua disposição para lidar com a doença ou distúrbio, sem qualquer consideração por direitos, vontades ou interesses, incrementando a assimetria de poder entre paciente e instituições de saúde. Essa assimetria resulta em tratamento ineficaz e prejudicial, segundo Puras. Para o autor, os abusos que ocorreram em desfavor dos pacientes, em nome da medicina, foram e ainda são recorrentes quando os Direitos Humanos e seus princípios universais não orientam as práticas em saúde (140).

Puras desafiou a suposição de que as intervenções de saúde mental exigirão sempre abordagens farmacológicas e psiquiátricas. O autor enfrentou um estado de coisas biomédico e tradicional já estabelecido, e endossou trabalhos que buscassem novas abordagens, mas inclusivas, e fundamentadas em direitos para a saúde mental (141).

Em junho de 2021, a Organização Mundial da Saúde lançou sua *Orientação sobre serviços comunitários de saúde mental: promovendo abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos*, documento que apresenta exemplos bem-sucedidos de melhores práticas na prestação de serviços de saúde mental, orientadas pela proteção à dignidade, propondo coerção zero e abolição de negligência e abuso, oferecendo, assim, uma perspectiva de futuro para a saúde mental baseada em direitos (142).

Os relatórios apresentados pelos relatores especiais para o direito à saúde do Conselho de Direitos Humanos da ONU, especialmente os elaborados por Dainius Puras, de 2014 a 2020, demarcaram um período de mudanças no modelo de cuidado ao redor do mundo. No México, por exemplo, o foram utilizados na coalizão Saúde Mental com Direitos, que visava elaborar uma proposta de reforma da saúde mental mexicana, na Lei Geral de Saúde. Essa proposta foi exitosa em promover padrões de Direitos Humanos para os serviços em saúde mental, uma vez que foi aprovada pelo Congresso Federal daquele país (141).

Na Noruega, o impacto se deu no que se refere ao desenvolvimento de serviços orientados para recuperação de base comunitária, de forma não

institucionalizante. Alguns desses serviços oferecem um bom suporte, ausência de coerção e distanciamento do paradigma biomédico. Não abrangem pacientes em situação de crise ou que precisem de um suporte um pouco mais amplo. De acordo com Puras, Williams e Chapman (141), muitos profissionais naquele país acreditam que pessoas em crise precisam apenas da psiquiatria tradicional, biomédica, em detrimento do atendimento psicossocial e comunitário.

A despeito de declarações feitas ao Comitê DPD, no sentido de que a detenção forçada deve ser medida excepcional, um último recurso, os números estão aumentando. Há um entendimento, inclusive com apoio da lei de saúde mental local, que o uso da coerção é legítimo e a medida mais adequada em alguns casos, definidos discricionariamente à equipe de saúde mental, que decidirá o que é excepcionalidade no caso concreto. Referido entendimento é criticado nos relatórios elaborados por Puras, que esclarecem que não há como proteger os DHP, inclusive o direito humano à saúde, em situações em que a autonomia do paciente é desrespeitada, como é o caso das medidas coercitivas (141).

Nos capítulos iniciais, foi mencionado que a América do Sul não possuía legislação consonante aos Direitos Humanos dos PAJs e, na verdade, aos pacientes psiquiátricos em geral, por isso as referências na análise comparada realizada neste trabalho não estão na América do Sul. Exemplo complementar aos mencionados naquela ocasião é o do Chile, que após trinta anos de debates e luta inicia alguns passos rumo à mudança legislativa sintonizada com os DHP – isso apenas após os relatórios especiais do Comitê DPD. Recentemente, o Ministério da Saúde encarregou uma comissão de fazer um parecer discriminando recomendações para o conteúdo de uma nova lei de saúde mental, alinhada aos padrões contemporâneos de proteção dos Direitos Humanos de pacientes psiquiátricos (141).

No capítulo anterior, a CDPD foi analisada e apontada como principal instrumento normativo para a defesa dos Direitos Humanos dos PAJs. Diante dos princípios fundamentais dos DHP, torna-se necessária a abordagem dos Direitos Humanos aplicáveis aos cuidados em saúde mental. Seguindo o referencial de Albuquerque (4), são eles: direito à vida; direito de não ser submetido à tortura nem pena ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes; direito ao respeito

pela vida privada; direito à liberdade e à segurança pessoal; direito à informação; direito de não ser discriminado; direito à saúde.

### 6.1. DIREITO À VIDA

Pré-requisito para os exercícios dos demais direitos, dando a eles sentido, o direito à vida, no que diz respeito aos cuidados de saúde, envolve não apenas condutas omissivas, como abster-se de retirar a vida de alguém e respeitá-la, mas também condutas positivas, como por exemplo a diminuição da mortalidade infantil e aumento da longevidade das populações. Todos os direitos que serão aqui tratados, em última instância também estão relacionados aos DHP à vida e à saúde, eis que impactam fortemente esses dois direitos basilares dos pacientes.

O direito humano à vida é essencial a todos os seres humanos, o que certamente inclui os PAJs. O bem-estar físico e mental desses pacientes envolve não apenas o direito à saúde, mas à vida também, em última instância, até porque vida e saúde estão intimamente ligadas. A realidade dos HCTPs brasileiros, relatada no início desta tese (6), corrobora esta afirmação. Diante disso, é imprescindível que sejam empreendidos esforços para promover a segurança do paciente e assegurar tratamento com respeito e dignidade.

Assim, para a adequada garantia do direito humano à saúde de PAJs, é necessária a proteção dos demais DHP, o que inclui a redução do uso de medidas restritivas, além de cuidado centrado no paciente, sem prejuízo do reconhecimento de determinantes sociais de saúde que contribuem para a disparidade no acesso a tratamentos de saúde mental.

Foi demonstrado que essa não é a realidade brasileira, uma vez que, por mais que as políticas públicas em saúde mental aplicadas pelo SUS estejam buscando se adequar aos parâmetros internacionais, as medidas de segurança, geridas e executadas fora do SUS estão mais próximas de unidades prisionais do que de estruturas hospitalares, e isso recordando-nos que estruturas hospitalares de internação psiquiátrica por longos períodos não são recomendadas, nem pelo SUS, nem pelos DHP.

Por fim, entende-se que é necessária a identificação de alternativas práticas para a proteção da vida dos PAJs. Duas delas serão apresentadas ao fim do presente capítulo, eis que já em prática no cenário internacional e de possível

implementação no Brasil, haja vista seu baixo impacto financeiro e adequação à normativa inerente ao SUS.

## 6.2. DIREITO À SAÚDE

O direito à saúde está previsto em diversas normas internacionais de Direitos Humanos e estabelece o direito de toda pessoa de gozar do mais elevado nível possível de saúde física e mental. Para isso, a ela deve ser disponibilizada uma diversidade de bens, serviços e condições necessárias para que esse nível de saúde seja alcançado. Não se trata apenas de direito a cuidados em saúde, mas também aos principais fatores determinantes da saúde, como água potável, condições sanitárias, habitação adequada, acesso à educação e informação sobre questões de saúde. Inclui-se, portanto, serviços de promoção e prevenção em saúde, e consideram-se os determinantes sociais de saúde (4).

Em estudo de revisão bibliográfica sobre pacientes psiquiátricos internados, aferiu-se a expectativa deles em receberem tratamento adequado, inclusive durante procedimentos de contenção, em episódios de crise. Nesses estudos, os pacientes expressaram o desejo de comunicação dos motivos das medidas de contenção, pois assim, além da compreensão do procedimento, poderiam aprender a confiar na equipe e se sentir seguros. O uso inadvertido da força trazia, para alguns, memórias de violência e negligência. As medidas coercitivas discutidas nos estudos incluíam sedação, reclusão e contenção. De acordo com a análise em questão, a proximidade de funcionários trazia segurança para os pacientes; a falta de informação acerca de eventual reclusão (isolamento), por sua vez, antes ou depois do evento, trazia preocupação (130).

Em trabalho empírico realizado por Lantta *et al.* em 2021 (143), verificando a implementação do programa *Quality Rights* na Finlândia, constatou-se que questões como os espaços das alas, quantidade de salas de reunião, capacidade de pessoas nos quartos de internos e da equipe, privacidade em visitas familiares, iluminação, capacitação e qualificação da equipe, possibilidades de reinserção comunitária e vínculo com redes de apoio, todos são elementos que permitem a verificação da aplicação dos DHP de modo geral, em especial do direito humano do paciente à saúde.

Devandas-Aguilar, relatora especial para o Comitê DPD, emitiu um relatório sobre os desafios enfrentados pelas pessoas com deficiência para o gozo de seu direito ao mais alto parâmetro de saúde alcançável, em julho de 2018. Nesse relatório, ela convocou os Estados-parte do CPRD a

[...] revogar imediatamente toda a legislação discriminatória que permita a internação e o tratamento de pessoas com deficiência sem o seu consentimento livre e informado e/ou quando decidido por terceiros, incluindo tutores, familiares e profissionais de saúde.” (144).

Puras afirma que no campo da saúde mental a preferência ainda é o tratamento biomédico. Essa forma de tratamento não deixa de ser importante, mas a ela devem ser atrelados os Direitos Humanos dos pacientes psiquiátricos, o que nem sempre acontece. A Lituânia, seu país de origem, em 2018, contava com uma população de 3 milhões de pessoas, das quais 6.000 adultos e 3.000 crianças estavam em instituições psiquiátricas fechadas, corroborando uma dependência de um sistema psiquiátrico desatualizado e ineficaz que persiste em muitos países (145).

O Conselho de Direitos Humanos da ONU, em seus relatórios sobre saúde mental, se posicionou no sentido da mudança de um modelo biomédico de atenção à saúde mental para uma abordagem baseada nos Direitos Humanos, destacando os danos associados à desconsideração dos determinantes sociais da saúde mental. Também estimulou a busca por novas possibilidades de atenção em saúde nessa área para além das intervenções individuais e restritas. Puras *et al.* se posicionaram nesse sentido, e propuseram que as políticas orientassem sua visão de um foco quase que exclusivo em patologias para uma visão que englobasse também a carga de obstáculos que os pacientes psiquiátricos enfrentam cotidianamente (141).

Existe urgência e possibilidades de mudança na administração e prestação dos serviços de saúde mental no mundo. Puras afirma que o paradigma biomédico contribuiu para a exclusão, negligência, coerção e abuso de pessoas com deficiências psicossociais, intelectuais e cognitivas, uma vez que é um paradigma reducionista do sujeito e de seu quadro clínico. Posicionamentos da psiquiatria mais tradicional, que incluem intervenções biomédicas excessivas, incluindo-se medicamentos em excesso e medidas não consensuais, estão se tornando insustentáveis, se confrontados com os Direitos Humanos (146).

Referidos serviços em saúde mental tradicionais falham em atender às necessidades dos pacientes e garantir seus direitos, de acordo com movimentos de usuários e ex-usuários desses serviços. Puras narra que esse público desafia os responsáveis pelo serviço de saúde mental a buscarem novas abordagens de tratamento, a partir da reformulação de narrativas para a saúde mental. Tal postura culminou em um giro paradigmático, incluindo uma estrutura de Direitos Humanos ainda em evolução na saúde mental. A CDPD, discutida nos capítulos anteriores, é um importante marco para a compreensão dos fundamentos dessa mudança, visando o abandono e a herança de violações aos Direitos Humanos no campo da saúde mental (146).

O direito ao melhor nível de saúde possível tem muito a contribuir para o avanço dessa mudança e fornece o arcabouço necessário à plena realização do direito de todos à saúde mental. Mas o progresso tem sido lento. De acordo com Puras, novas propostas de tratamento eficazes, aceitáveis e escaláveis permanecem na periferia dos sistemas de saúde; a desinstitucionalização estagnou e o insuficiente investimento em saúde mental continua direcionado majoritariamente ao modelo biomédico, a despeito de um crescente consenso de que a saúde mental é um fato importante para o desenvolvimento humano (141).

O direito humano à saúde não pode ser plenamente exercido se os demais forem prejudicados. Isso traz à análise desse direito humano uma abordagem mais ampla, ao invés da reflexão sobre os cuidados de saúde em si, o que seria um pensamento essencialmente biomédico. Demonstra-se, por essa visão, que o direito à saúde está intimamente ligado a liberdades. Embora seja um direito que envolve questões econômicas, sociais e culturais, é essencial a compreensão de que o direito à saúde não pode ser efetivamente usufruído se houver prejuízo aos direitos civis e políticos (147).

A seleção de quais Direitos Humanos serão privilegiados em detrimento de outros é prejudicial para a sociedade como um todo, e inviabiliza o projeto de sociedade que os Direitos Humanos propõem. Precisamente por isso há que se enfatizar a indivisibilidade e interconexão de todos os Direitos Humanos. E é nesta esteira que se faz necessária a mudança paradigmática orientada pelos Direitos Humanos nas políticas e serviços de saúde mental (147).

A herança de coerção, institucionalização e supermedicalização ainda paira sobre o cenário da saúde mental global. Puras (147) sugere que essa

constatação é resultado da seleção de determinados Direitos Humanos nas práticas de saúde. Exemplifica, afirmando que há uma alta prevalência de atendimento institucional, práticas coercitivas e uso excessivo de intervenções biomédicas pelo mundo, reforçando a mencionada postura paternalista do modelo biomédico, tradicional nas práticas de saúde mental. Uma percepção de que o importante seria apenas “curar distúrbios” e fornecer aos pacientes psiquiátricos apenas suas necessidades básicas (tratamento, alimentação e moradia), afastando-os de direitos e liberdades civis (147).

No que diz respeito às mudanças necessárias, há algumas melhorias com o desenvolvimento de serviços comunitários de saúde mental, orientação de recuperação, trabalho de apoio de pares, em suma, há uma necessidade de ação urgente sobre Direitos Humanos nos serviços de saúde mental (148). Como resumem Mahdanian *et al.* (64)

A perspectiva dos Direitos Humanos exige que a sociedade, particularmente os formuladores de políticas, promovam ativamente as condições necessárias para que todos os indivíduos realizem plenamente seus direitos. Sugerimos o desenvolvimento de um modelo mais abrangente em saúde mental que integre os Direitos Humanos aos serviços e abordagens existentes. Um modelo que reconhece que todas as pessoas com problemas de saúde mental e deficiência psicossocial são titulares de direitos (64).

O trabalho a ser desenvolvido para a promoção do direito humano à saúde seria conceder protagonismo, nas políticas públicas, ao bem-estar não só dos indivíduos, mas das comunidades, garantindo-se o acesso à informação, além de prever mecanismos de responsabilização de eventuais descumprimentos às propostas que dessas políticas que ocorrerem (149).

### 6.3. DIREITO AO RESPEITO PELA VIDA PRIVADA

O direito humano à privacidade do paciente está ligado à confidencialidade de seus dados e à liberdade para condução de sua vida, sem interferência em seu corpo e suas escolhas, salvo excepcionalmente e mediante previsão legal. Não se trata de um direito absoluto; ele comporta restrições, desde que respeitado o mencionado parâmetro legal, fundamentação legítima, amparada no Direito Internacional dos Direitos Humanos, justificada pelos meios utilizados, de

forma proporcional, para se alcançar um objetivo desejado e definido (4). Um dos aspectos essenciais do direito à privacidade é a confidencialidade dos dados do paciente. A legislação penal brasileira (5, 24, 28), institucionaliza e se responsabiliza pelos dados e informações pessoais dos PAJs. Os dados de prontuário médico nos HCTPs são privados, e a autorização para a sua consulta é cabível à direção do hospital, uma vez que é a responsável legal pelo PAJ, independentemente de estar em crise ou não. De acordo com a legislação penal, uma vez que o PAJ adentra o Sistema de Justiça Criminal, cabe às autoridades administrativas da unidade de justiça zelar por seus direitos, nos mesmos moldes de um detento em uma unidade prisional comum (24, 28).

A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) (150) menciona os dados de saúde em alguns pontos, como no §5º do artigo 11, que proíbe as operadoras de planos privados de assistência à saúde de utilizar dados de saúde para a prática de seleção de riscos na contratação de qualquer modalidade, assim como na contratação e exclusão de beneficiários. O §4º do art. 11, por sua vez, proíbe a comunicação ou o uso compartilhado entre controladores de dados pessoais sensíveis referentes à saúde, com o objetivo de obter vantagem econômica, salvo nas hipóteses de portabilidade de dados quando consentida pelo titular ou da necessidade de comunicação para a adequada prestação de serviços de saúde suplementar.

Além disso, o artigo 13 da LGPD (150) trata da realização de estudos em saúde pública e o acesso a bases de dados pessoais. Em seu *caput*, estabelece que a realização de estudos e pesquisas em saúde pública pode ser realizada mediante acesso a dados pessoais, desde que eles sejam anonimizados ou que o titular tenha dado seu consentimento livre, informado e inequívoco. Em seu §1º, prevê que o acesso aos dados pessoais para fins de estudos e pesquisas em saúde pública deverá ser realizado por pessoa natural ou jurídica que, previamente, celebre termo de responsabilidade que estabeleça a finalidade, a necessidade e a adequação da utilização dos dados. Por fim, o §2º dispõe que os dados pessoais utilizados em estudos e pesquisas em saúde pública devem ser mantidos em ambiente controlado e seguro, com práticas de segurança previstas em regulamento específico

Diante disso, destaca-se ainda que os dados e informações registrados em prontuário de pacientes, dentre eles os PAJs, têm natureza individual e grande

parte deles têm natureza sensível, pois são relacionados diretamente à saúde e à intimidade do paciente (artigo 5º, incisos I e II e 11 da LGPD). Compete aos responsáveis pelas instituições ou aos profissionais liberais responsáveis pelos prontuários as decisões referentes ao tratamento de dados pessoais de pacientes. Portanto, os controladores têm o dever de observar e respeitar os direitos fundamentais de liberdade, de intimidade e de privacidade dos pacientes. Informações sensíveis dos PAJs devem, portanto, ter acesso restrito, permitido apenas dentro das hipóteses mencionadas, sob pena de violação da privacidade e da intimidade do paciente.

No Reino Unido, o Regulamento Geral de Proteção de Dados e a Lei de Proteção de Dados (151), estipulam diretrizes para a coleta, uso e armazenamento de dados pessoais. Essas diretrizes consistem em: coletar dados pessoais apenas mediante autorização legal e justificada, de forma transparente com os indivíduos acerca dos propósitos da coleta e uso dos dados; armazenar os dados pessoais com segurança e proteger tais dados de perda ou acesso não autorizado; estabelecer períodos de retenção e revisão dos dados, eliminando os desnecessários; e, por fim, privilegiar direitos do paciente perante pedidos de acesso, retificação e exclusão de dados.

A *Declaração de posição sobre o uso de intervenções restritivas*, do Royal College of Psychiatrists (152), apresenta recomendações sobre o uso apropriado e ético de práticas tidas como restritivas em ambientes de saúde mental. O objetivo é a informação e a proposição de políticas, treinamentos e práticas para o fomento da qualidade dos cuidados em saúde mental, equilibrando segurança e respeito aos DHP. A declaração enfatiza a importância do cuidado centrado no paciente, entendendo as restrições físicas como excepcionais, privilegiando, portanto, práticas menos restritivas.

Para a Declaração em comento, intervenções ou práticas restritivas se referem a uma gama de medidas ou técnicas usadas em unidades psiquiátricas para controlar ou restringir movimentos, ações ou até a liberdade dos pacientes. Essas intervenções são utilizadas em momentos de crise, em que há risco de dano para o paciente ou para outras pessoas. O objetivo, nesses casos, é prevenir o dano e manter a segurança, ainda que, nesse caso, seja necessário sacrificar a privacidade do paciente. A título de exemplo, podem ser mencionados o confinamento individual, restrições mecânicas e físicas para controlar

movimentos do paciente e administração involuntária de tranquilizantes, em casos de agitação. O documento não chega a negar a utilidade dessas práticas, mas entende que devem ser o último recurso utilizado. Destaca a necessidade de treinamento da equipe multiprofissional, além da necessidade de planos de tratamento individualizados, envolvendo os pacientes nos processos de tomada de decisão, além da prevenção desses momentos de crise, que inclusive não perduram por muito tempo (152).

Além disso, anota-se também que o respeito à privacidade, confidencialidade e consentimento, no que concerne aos dados de pacientes em ambientes forenses de saúde mental, demanda a implementação de medidas para conferir a segurança das informações referentes aos PAJs, especialmente aquelas afetas ao acesso não autorizado de informações e violação de dados, à vista do impacto negativo no bem-estar dos pacientes. Para tanto, é importante que sejam adotadas técnicas e práticas organizacionais apropriadas, como criptografia, controles de acesso e treinamento de pessoal, para minimizar os riscos de exposição indevida de dados.

#### 6.4. DIREITO À INFORMAÇÃO

O vocábulo “paciente”, por si só, já expressa situação de vulnerabilidade; muitas vezes ele se submete a procedimentos que lhe soam incompreensíveis; muitas vezes há uma lacuna de informação entre o paciente e o profissional de saúde. Ao compartilhar a informação com o paciente, o profissional pode aumentar a aderência ao tratamento ou o dissenso. Nesse sentido, ressalta-se que, na esfera do Sistema ONU de Direitos Humanos, o direito à informação é expresso como o direito de procurar receber e difundir informações (4).

Não é apenas o quadro clínico ou o período de internação que denotam a vulnerabilidade acrescida, mas também a relação com o profissional de saúde e a instituição de saúde, como no cumprimento das medidas de segurança por longos períodos em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. A institucionalização experimentada pelos pacientes psiquiátricos se conecta com a assimetria de poder e de informação, presentes na relação com o profissional de saúde. Por outro lado, rotular o paciente como vulnerável tão somente em função de sua condição de saúde, e assim atribuir diminuição de sua capacidade

decisional ou até a supressão dela, constitui conduta reprovável sob o prisma bioético, haja vista o desrespeito à autodeterminação e vedação à discriminação do paciente. A vulnerabilidade acrescida não é justificativa para paternalismo ou presunção de inabilidade decisional (126).

De acordo com Albuquerque (126), a vulnerabilidade cognitiva está ligada à compreensão do paciente acerca de sua condição de saúde e ao panorama de cuidados que lhe são oferecidos. Ela está relacionada à autodeterminação do paciente e ao exercício de seu direito à informação, consentimento informado e participação nos processos de decisão. Pacientes dependem dos profissionais para obterem o conhecimento sobre sua enfermidade, prognóstico e consequência das escolhas possíveis. Uma vez percebida a vulnerabilidade cognitiva, cabe aos profissionais o uso de ferramentas que promovam a autonomia e o empoderamento dos pacientes (126).

Percebe-se que os PAJs compõem um dos grupos que geralmente são enquadrados como incapazes de entender, de se posicionar perante riscos e benefícios e de participar dos processos de tomadas de decisão. Segundo o entendimento de Albuquerque (126), ora apresentado, a vulnerabilidade cognitiva, ainda que acrescida, não deve fundamentar a adoção de medidas paternalistas, especialmente em relação à participação dos processos de tomada de decisão sobre os cuidados direcionados ao paciente, lembrando que todos os pacientes, em maior ou menor grau, são vulneráveis, não sendo a vulnerabilidade um conceito apto a afastar a participação do paciente. Pelo contrário, é um conceito que deve ser utilizado para se garantir essa participação, uma vez que a vulnerabilidade torna o paciente mais propenso a sofrer danos e abusos. Poderíamos dizer que, à medida que a vulnerabilidade aumenta, devem aumentar também os meios de participação, diante do incremento dos riscos de danos. Para a autora, vulnerabilidade consiste em “condição humana que faz emergir obrigações, que são extraídas dos direitos dos pacientes, no sentido de o profissional estar atento para as necessidades e as fragilidades do paciente” (126).

O direito à informação também é imprescindível para que o paciente tenha disponíveis todos os elementos que o capacitem para a tomada de decisão. Percebe-se então a forte interlocução entre o direito à privacidade e o direito à informação. O Comitê DPD afirma que *capacidade jurídica* e *capacidade mental*

são distintas: a primeira é um conceito jurídico, a segunda, interdisciplinar. A *capacidade jurídica* é considerada fundamental para a personalidade, igual dignidade humana e plena cidadania (153).

Albuquerque afirma, sobre o consentimento informado, que possui função clínica, pois é apto a promover a confiança e a cooperação do paciente em relação ao processo terapêutico. A partir desse entendimento, destaca-se o dever bioético de respeito à autonomia e capacidade decisional dos pacientes, e de transparência nas informações a eles transmitidas, de modo a viabilizar todo o conhecimento necessário para que tomem decisões relativas a seus dados (4).

A título de exemplo, destaca-se que o envolvimento dos pacientes nas decisões no ambiente hospitalar é destacado na legislação britânica. O Instituto Nacional para Excelência na Saúde e Cuidado (*National Institute for Health and Care Excellence - NICE*) também sugere como padrão de qualidade de atendimento que “as pessoas hospitalizadas para atendimento de saúde mental, incluindo usuários de serviços formalmente detidos sob a Lei de Saúde Mental, são rotineiramente envolvidas em decisões compartilhadas” (154).

Em revisão bibliográfica sobre as experiências de PAJs nos ambientes de internação, foi destacado que boas relações entre pacientes e a equipe responsável pelo tratamento permitiram maior engajamento na tomada de decisões. Flexibilidade no atendimento e liberdade de trânsito dentro do espaço de internação tiveram impacto benéfico para os pacientes. Orientação jurídica se mostrou também eficiente para maior envolvimento na tomada de decisões, uma vez que a instância judicial era vista favoravelmente pelos pacientes como um método de defesa dos Direitos Humanos. Entretanto, frequentemente os pacientes eram confrontados com dificuldades não apenas para acessar informações sobre os tribunais, mas também para discuti-las com um membro da equipe. Os pacientes também sugeriram que o envolvimento nas decisões sobre seus cuidados deveria aumentar conforme os sintomas e momentos de crise diminuíssem. Os pacientes destacaram ainda a importância da responsabilidade de escolha como parte importante da recuperação. Quando o envolvimento significativo no planejamento dos cuidados não era viável, os pacientes queriam pelo menos ser totalmente informados (155).

Estudos qualitativos apresentados por Giacco *et al.* (156) com pacientes internados involuntariamente demonstraram que a participação na tomada de

decisões, inclusive nessa situação, é importante para o incremento da experiência de cuidado, preservando a sua percepção relativa a autonomia, segurança e respeito. Isso se torna mais fácil se realizado desde os primeiros dias de internação, ainda que o paciente esteja agitado ou angustiado.

O paciente tem o direito de negar a presença de pessoas estranhas ao seu tratamento em seus exames físicos e outros procedimentos médicos e de recusar visitas. Tem direito a ser examinado reservadamente, salvo em emergências, bem como o direito a retirar o consentimento sem represálias e ao consentimento informado, sem coerção ou influências indevidas (156).

Em outro trabalho realizado no Reino Unido, pacientes internados expressaram a necessidade de informações sobre a justificativa da internação, seu período de duração e os mecanismos de obtenção de esclarecimentos jurídicos sobre seus direitos e prerrogativas. Os pacientes em ambientes forenses descreveram o recebimento de informações contraditórias sobre o tempo de internação, gerando sentimento de impotência, chegando a comparar a internação com uma sentença de prisão. A falta de informações sobre os tópicos mencionados, além de dados sobre medicamentos ministrados e seus efeitos colaterais ou sobre progresso do tratamento, também foram objeto de menção no estudo. Prossegue-se, no sentido de que, quando os pacientes sentiram que receberam informações claras, houve redução do medo e do impacto da internação, além de melhora do relacionamento com a equipe, criando uma ambiência de mais esperança (155).

Por outro lado, Akther *et al.* (155) também sugerem que a confiança e o empoderamento dos pacientes psiquiátricos internados podem ser aumentados à medida que recebem informações apropriadas e individualizadas, apresentadas em linguagem acessível, fortalecendo a autonomia (relacional) e a responsabilidade dos pacientes, que se preocupam com a implementação de medidas de coerção como estratégias principais de tratamento.

Percebe-se então que os Estados e instituições privadas têm o dever ativo de conceder aos pacientes as informações que se encontram em seu poder, por força do direito de acesso à informação, o qual também deve regular as circunstâncias e modo em que a comunicação é realizada. Isso envolve o conhecimento das causas da doença e os fatores que influenciam sua saúde, a importância do auxílio profissional, os serviços de saúde disponíveis, os

tratamentos apropriados e disponíveis, os comportamentos que contribuem para a prevenção de doenças. Envolve também o consentimento e o direito de não ser informado, se assim decidir (4).

## 6.5. DIREITO DE NÃO SER DISCRIMINADO

Uma primeira noção, relacionada com a discriminação, está ligada ao tratamento injusto, ao preconceito ou à estigmatização vivenciada por indivíduos em razão de alguma questão, como, por exemplo, o diagnóstico de alguma enfermidade mental. A discriminação contribui para a marginalização dos pacientes, sendo também um obstáculo à capacidade de buscar apoio especializado e participar plenamente da sociedade. Destaca-se ainda a necessidade de criação de ambientes de apoio, de redução do estigma e do fornecimento de cuidados de saúde mental adequados, atendendo às necessidades dos PAJs, minimizando os reflexos prejudiciais da discriminação sofrida.

Nesse contexto, lembramos que esta tese aponta a impossibilidade de acesso dos PAJs às políticas públicas em saúde mental advindas da Reforma Psiquiátrica, haja vista o tratamento diferenciado entre pacientes psiquiátricos em geral e PAJs, situação que, por si só, demonstra discriminação. Ademais, as atitudes e equívocos da sociedade em torno da saúde mental podem levar à exclusão social e à internalização do estigma, exacerbando ainda mais o impacto no bem-estar dos pacientes, dificultando sua recuperação. No caso dos PAJs, a discriminação também envolve tratamento diferenciado e estigma devido ao seu duplo *status* como pacientes psiquiátricos e envolvimento no sistema de justiça criminal (157).

Em trabalho publicado por Kennedy (158), são investigadas as estruturas da discriminação nos cuidados dispensados a PAJs. Argumenta-se que esses pacientes ainda enfrentam uma discriminação sistêmica, que inclui disparidades na punição, períodos prolongados de confinamento e acesso reduzido a tratamento adequado e a serviços de reabilitação, em comparação com pacientes de saúde mental não forenses (157, 158). Essa situação também é verificada no Brasil, de acordo com os dados apresentados, especialmente aqueles presentes

em um relatório elaborado pelo CFP, Ministério Público e Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura(6).

A elaboração de normas e políticas públicas em saúde mental em sintonia com os DHP são estratégias essenciais para a promoção dos direitos desses pacientes, como inclusão em serviços comunitários e afastamento de violações a direitos como liberdade, moradia e segurança. Isto não afasta, de todo modo, a necessidade de manutenção de campanhas pedagógicas e de conscientização sobre o tema, de forma mais ampla (159).

A legislação brasileira atende a 52 (31,32%) das 166 orientações da OMS para legislação em saúde mental, consubstanciada no programa *Quality Rights*, apresentado no capítulo anterior. Com base nesse dado, percebe-se ainda que não há áreas de alta conformidade com o programa internacional em questão. Temas importantes, como capacidade, curatela e consentimento, destacados na CDPD, ainda não foram contemplados adequadamente pela legislação brasileira. Isso vale para infrações e penalidades, responsabilidade da polícia e situações de emergência e crise. Mecanismos de monitoramento e revisão, tratamentos especiais, reclusão e restrições, direitos econômicos, sociais e previdenciários são temas de baixa conformidade com os parâmetros estabelecidos no âmbito dos DHP (159).

A inserção da linguagem e de referências aos Direitos Humanos em todos os documentos relativos aos pacientes psiquiátricos serve para enfatizar a noção do valor integral do indivíduo e o princípio da não discriminação. A OMS enfatiza que uma questão fundamental para a legislação de saúde mental nessa área é descrever as circunstâncias em que a hospitalização e o tratamento involuntários são apropriados e estabelecer procedimentos adequados. Apesar dos esforços que vêm sendo feitos, a legislação brasileira apresenta diversas lacunas quanto à admissão e ao tratamento involuntário, correndo-se o risco de abuso desse recurso, que, se usado, deve sê-lo apenas em situações extremas. O tratamento de emergência, durante crises, deve ser por tempo limitado (geralmente não mais que 72 horas, o prazo médio de duração de um episódio de surto ou crise psiquiátrica) e os procedimentos substantivos para admissão e tratamento involuntário devem ter início o mais brevemente possível e concluídos dentro desse período (159).

Szmukler (153) observa que a discriminação ainda é evidente nos serviços de saúde mental, por exemplo, ao impedir a recusa de tratamento pelos pacientes, dos direitos de recusar tratamento, de capacidade jurídica e de privacidade. Para o autor, a mudança dos instrumentos de tomada de decisão do paciente para a modalidade apoiada tem papel essencial para a mudança desse quadro discriminatório sobre os pacientes psiquiátricos.

#### 6.6.DIREITO A NÃO SER SUBMETIDO A TORTURA, NEM A PENAS OU TRATAMENTOS CRUÉIS, DESUMANOS OU DEGRADANTES

Este direito consiste em direito absoluto dos pacientes, ou seja, não pode ser derogado em nenhuma hipótese. Parte da premissa de que o Estado, por meio de medidas normativas, deve proteger os pacientes de atos praticados por profissionais ou provedores de saúde. No ambiente hospitalar, o paciente está sob os cuidados, mas também sob o poder da equipe responsável. No caso das medidas de segurança, a estrutura de controle sobre os PAJs é dupla: existe tanto a partir do poder biomédico quanto a partir do poder punitivo ou de segurança. A tortura e outras formas de tratamento cruel, desumano ou degradante, quando infligidas a qualquer pessoa, geram traumas, afetam sua integridade física, emocional, psíquica e moral. Violam a dignidade e limitam sobremaneira a autonomia do paciente, possivelmente agravando as possibilidades de cura ou reabilitação (4).

A tortura tem como fundamento a intenção de um agente em obter, da vítima ou de terceira pessoa, informações ou confissões, mediante intimidação, coação ou castigos. O tratamento é desumano se gera intenso sofrimento físico ou psíquico, e é degradante quando provoca medo, angústia, humilhação ou impossibilita a resistência da vítima, seja moral, psíquica ou fisicamente. A análise da situação fática permitirá a classificação, a partir de parâmetros como natureza, gravidade e duração da ação, idade, gênero e estado de saúde do paciente (4).

Pode ser considerado tratamento degradante o desrespeito às decisões do paciente, sua higiene, direito de visitas, entre outras formas de cuidado não centradas no indivíduo. A demora ou negativa do fornecimento de cuidado, supressão ou interrupção involuntária de tratamento também constitui tratamento degradante (4). De acordo com a lei penal apresentada, o PAJ é tutelado e não

tem protagonismo, seja nos espaços burocráticos judiciais aos quais é exposto, seja no ambiente hospitalar (HCTPs) em que é internado, seja em espaços superlotados e sem higiene (6). Nota-se neste contexto, articulando os conceitos acima e os dados apresentados neste trabalho, que no âmbito dos HCTPs, os internos são submetidos a tratamento desumano e degradante.

Para Hirsch *et al.* (160), contenção é amarrar ou conter fisicamente um paciente. Reclusão significa isolar um paciente em um quarto trancado. Ambos se enquadram como tratamento cruel e degradante, e mesmo assim são usualmente praticados em internações psiquiátricas. A contenção e a reclusão constituem violação dos DHP e são vivenciadas como tal pelos pacientes. Um estudo dos efeitos dessas medidas evidenciou que 47% dos pacientes estudados desenvolveram sintomas de transtorno de estresse pós-traumático.

Gooding *et al.* (161) corroboram esse entendimento, no sentido de que contenção e reclusão são comuns em espaços psiquiátricos, e estão ligados geralmente a detenção hospitalar, injeção forçada ou ingestão de drogas psicotrópicas, tratamento eletroconvulsivo involuntário e/ou sem anestesia, colocação em reclusão e contenção mecânica, física ou química.

Akther (155) corrobora essa percepção, citando, como exemplo de tratamento cruel, a medicação forçada, especialmente se realizada em conjunto com o desconhecimento do medicamento administrado; trata-se, segundo os próprios pacientes, de uma fonte de sofrimento particular. Não ter acesso à situação a que está sendo submetido e a seus motivos contribui para a angústia nesses momentos de intervenção involuntária. Não existe, nesses casos, o protagonismo da informação, tampouco de escolha.

Em estudo realizado na Noruega, percebeu-se que a discussão sobre medidas de contenção e reclusão caminham para uma maior participação do paciente e aplicação dos DHP. Afirma-se, no estudo, que há evidências crescentes sobre os efeitos prejudiciais de práticas e concepções paternalistas. Referidas concepções e práticas autoritárias devem abrir espaço para um modelo participativo, que inclua o paciente, concedendo-o protagonismo, em sintonia com o princípio do cuidado nele centrado. O estudo, inclusive, menciona que há indicações de que as intervenções invasivas e contrárias aos DHP muitas vezes são aplicadas em desacordo até com a legislação interna (162).

## 6.7. DIREITO À LIBERDADE E À SEGURANÇA PESSOAL

O direito à liberdade aqui está relacionado à restrição física, não abarcando uma liberdade geral de ação. Trata-se da liberdade de não ser submetido a dano que viole a integridade física e mental do paciente. Esse contexto de liberdade abarca restrições de mobilidade, como é comum a pacientes psiquiátricos (4).

O Comitê de Direitos Humanos da ONU adverte os Estados a reverem suas legislações sobre saúde mental com o objetivo de evitar detenções arbitrárias. Esclarece que a privação da liberdade por si só é um ato gravoso para o paciente e, em virtude disso, alternativas menos restritivas devem ser implementadas pelos Estados, não cabendo a justificativa apenas baseada na presença do transtorno mental (4).

O essencial para a legislação de saúde mental é descrever circunstâncias em que a admissão e o tratamento involuntários podem ser realizados, e definir os respectivos procedimentos de forma clara, objetiva e sem margem para discricionariedade. O paciente deve ter direito de se manifestar judicialmente, contestando a medida, independentemente da posição adotada pelo seu responsável legal acerca do confinamento (4).

Compreende-se que o preconizado pelos DHP em saúde mental é o cuidado fora do ambiente hospitalar, no seio da comunidade. Entretanto, há emergências e crise, nas quais a internação, ainda que breve, seja necessária. Em 2017, por exemplo, no Reino Unido houve 63.622 internações involuntárias, constituindo 57% do total de internações psiquiátricas (152).

Nesses casos, diante da liberdade mitigada, é imprescindível a atenção redobrada para que os demais DHP sejam rigorosamente mantidos, até o pronto restabelecimento do paciente ao convívio social. Em alguns momentos neste capítulo serão abordadas questões relativas à garantia de DHP em hospitais psiquiátricos, durante internação. Não porque essa seja uma medida adequada; mas porque, em casos excepcionais, se aplicada, deve seguir à risca os DHP como mecanismo eficaz para a redução de danos.

A legislação sobre internação psiquiátrica involuntária e o tratamento de seus respectivos pacientes divergem entre os países. Entretanto, a noção de risco para si mesmo e/ou para os outros como necessidade para o tratamento é frequentemente mencionada. Contrapondo-se às internações voluntárias, as

admissões involuntárias estão associadas a períodos de hospitalização mais extensos, maior incidência de reinternação e maior risco de que essas reinternações também sejam involuntárias, inclusive havendo maior probabilidade de morte por suicídio, o que garante maior relevância à compreensão dessa experiência. Destaca-se que o impacto negativo dela pode ser mitigado pela equipe hospitalar e protocolos de atendimento, se se maximizarem o respeito pelos pacientes e sua autonomia (construída de maneira relacional) e se tratá-los com dignidade (152).

Mencionou-se algumas vezes neste trabalho que a periculosidade é o principal fundamento legislativo para as internações involuntárias e compulsórias, como ocorre no Brasil. Nessa perspectiva é que são anotados os dados empíricos apresentados por Ahonen *et al.* (163). Neste trabalho, conclui-se que o risco atribuível de indivíduos mentalmente doentes cometerem violência varia aproximadamente entre menos de 1% e 5%. Ao se analisar a situação específica da esquizofrenia, que, como visto em capítulo anterior, é o diagnóstico mais comum das medidas de segurança, verifica-se que o risco atribuível de esquizofrenia associado ao número de crimes variava entre 3,2% e 9,9% (163).

A título de exemplo, menciona-se que a corte suprema alemã, o Tribunal Constitucional Federal, declarou em 2011 no caso de um PAJ que a internação compulsória só pode ocorrer se houver a intenção de se restaurar sua capacidade de consentimento, além do cumprimento de alguns requisitos, como o entendimento do caráter necessário do tratamento para se evitar perigo agudo para o paciente ou outras pessoas, e o uso do tratamento compulsório como último recurso, após esgotadas todas as outras alternativas (164).

Pesquisas revelam que uma proporção significativa de pessoas que foram tratadas involuntariamente por uma doença mental afirmam que tal medida pode ser apropriada como último recurso (152). O Comitê DPD tem posicionamento claro no sentido de que detenções involuntárias de qualquer paciente, quando realizadas com base na deficiência, violam os DHP à segurança e liberdade, em interpretação dos artigos 5 e 14 da CDPD. Isso representa um grande desafio para os países signatários da Convenção em questão, uma vez que a maioria deles possui legislação que permite internações involuntárias e compulsórias para pacientes psiquiátricos (165).

Diante do impasse e do provável tempo para implementação de medidas alternativas à detenção, há um esforço em se garantir, no mínimo, que a justiça processual para esses pacientes seja efetiva. Direitos como representação legal, de participação em processos que lhe digam respeito e de requerer revisão da detenção são os alicerces para uma caminhada rumo a um sistema jurisdicional interno mais alinhado aos DHP (165).

Como reflexo desse esforço, em setembro de 2015, o Comitê DPD, buscando oferecer maiores orientações sobre o direito humano à liberdade, adotou as *Diretrizes sobre o artigo 14 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Tais diretrizes confirmam que o Artigo 14 “é, em essência, uma disposição de não discriminação”, corroborando, em íntima relação, o direito à igualdade e não discriminação. O Comitê DPD afirma claramente que a detenção com base em deficiência real ou percebida, mesmo quando há outras razões para a detenção de um indivíduo (incluindo perigo para si ou para outros ou necessidade de cuidado/tratamento), não se consuma ao artigo 14, uma vez que discrimina em natureza e constitui privação arbitrária da liberdade (166).

Guilloud, ao comentar as diretrizes, reforça essa compreensão de que não pode haver detenção involuntária com base na existência de deficiência psicossocial, e perpassa a noção de que todos têm direito ao reconhecimento de suas potencialidades para viver de maneira independente e inserida na comunidade, mesmo que seja necessário apoio para tomar ou comunicar suas decisões (165).

A autora prossegue informando que a aplicação de um critério de periculosidade para a detenção satisfaria muitos representantes dos países e ajudaria muito na adequação da legislação interna perante os Direitos Humanos. Entretanto, complementando inclusive o que já se afirmou neste trabalho sobre a periculosidade, trata-se de um conceito extremamente impreciso e abrangente, com pouca objetividade prática e grandes possibilidades de manipulação por regimes autocráticos e/ou que não zelam pela garantia e efetivação dos Direitos Humanos. Trata-se de uma categoria “pouco clara e pode estar aberta a abusos ou uso indevido (...). Por que seria aceitável aplicá-la a pessoas com deficiência mental?” (165).

Ela continua seu posicionamento, afirmando que essa conclusão sobre a periculosidade reflete um razoável consenso, que a periculosidade não se mostra como critério justificável para a detenção, pois estabelece um fraco poder preditivo, havendo falta de confiabilidade nas avaliações sobre riscos de danos existentes (165).

A proibição do Comitê DPD sobre detenção e tratamento involuntários é apoiada pela Relatora Especial sobre Deficiência, à época (167), o Grupo de Trabalho da ONU sobre Detenção Arbitrária (168, 169) e o Alto Comissariado da ONU para Direitos Humanos (168).

O Comitê das Nações Unidas contra a Tortura (CAT) expressou sua preocupação com o elevado número de detenções involuntárias de pacientes psiquiátricos por longos períodos, o uso frequente de contenção e reclusão e a falta de busca de alternativas a elas (170). A título de exemplo, analisando o histórico dos comitês em estudo, no exame sobre a Lituânia, um ano antes das diretrizes do Comitê DPD, o CAT aconselhou aquele país a garantir que as normas sobre cuidado em saúde mental fornecessem garantias para salvaguardas legais efetivas para todas as pessoas com deficiência mental e psicossocial em relação à internação involuntária e em relação ao cuidado em saúde geral e psiquiátrico involuntário em instituições psiquiátricas (171). O entendimento de recomendações de garantias processuais mínimas a pacientes psiquiátricos foi inserido nas observações sobre o terceiro relatório periódico da República da Moldávia (172).

Mais recentemente, em janeiro de 2019, a mesma Relatora Especial emitiu um estudo temático sobre formas específicas de privação de liberdade à luz dos padrões estabelecidos na CDPD. Nesse relatório ela afirmou:

Os Estados têm a obrigação de revogar imediatamente toda a legislação que permite a privação de liberdade com base em deficiência real ou percebida, seja em ambientes públicos ou privados. Os Estados também devem revogar a legislação aparentemente neutra em relação à deficiência que tenha um impacto desproporcional e adverso sobre o direito à liberdade das pessoas com deficiência. A legislação de saúde mental, desde que autorize e regule a privação involuntária da liberdade e o tratamento forçado de pessoas com base em uma deficiência real ou percebida (ou seja, diagnóstico de “condição de saúde mental” ou “distúrbio mental”), deve ser abolida. Para tanto, os Estados devem iniciar um processo de revisão legal abrangente, abrangendo diferentes áreas do direito, com a participação ativa das pessoas com deficiência e de suas organizações representativas (173).

Gooding *et al.* (161) relata estudos empíricos em que o respeito do direito à saúde, por meio do preparo profissional da equipe, cuidado com o ambiente, informações sobre a situação dos pacientes, nos moldes dos DHP, apresentaram uma diminuição significativa no uso de isolamento e contenção. No Canadá, em uma unidade de saúde mental de nível terciário, houve uma redução de 19,7% nos incidentes de reclusão e contenção, com uma redução de 38,9% na duração média de uma contenção mecânica ou incidente de reclusão, durante período de avaliação de 36 meses. Na Inglaterra, relatou-se diminuição de 15% nas situações de conflito, e de 24% nas de contenção. Na Austrália, em avaliação de um estudo por um ano, em 13 enfermarias diferentes, descobriu-se que as taxas de isolamento foram reduzidas em 36%.

A escuta dos pacientes em trabalho publicado no Reino Unido demonstrou que um ambiente saudável e seguro tem resultados terapêuticos positivos na adesão dos pacientes ao tratamento, tão relevante quanto o tratamento em si. Além disso, a conexão com o *mundo real* era importante, e áreas hospitalares com campos abertos e mais extensos poderiam ser um fator para a diminuição do uso de medicamentos, o que se aplica à existência de um local de culto e liberdade para decisões cotidianas (132).

No que diz respeito aos DHP à saúde e à liberdade no âmbito psiquiátrico forense, a experiência australiana tem apresentado, na província de Queensland, um aumento do número de internações compulsórias, ou seja, por determinação judicial (174). Para os autores desta pesquisa, eventuais e possíveis alterações normativas podem ser orientadas por evidências sobre os aspectos práticos da implementação e seu impacto nos direitos dos pacientes. As causas desse aumento indesejado do tratamento compulsório, que ocorreu a despeito do estímulo de modelos comunitários de atenção em saúde mental, podem incluir “a falta de alternativas voluntárias sistematizadas e com bons recursos, uma cultura paternalista e restritiva nos serviços de saúde mental e aversão ao risco nos médicos e na sociedade” (174), destacando-se o entendimento de Ryan (175), no sentido de que longas internações compulsórias violam a autonomia, liberdade e integridade individual dos pacientes, de acordo com a previsão dos artigos 12, 14 e 17 da CDPD (14).

Nesse quesito, destaca-se como exemplo a ser seguido os comitês fiscalizadores, como a Comissão de Qualidade Assistencial (CQC) na Inglaterra e

País de Gales. Implementado em 1983 por meio do *Mental Health Act* (31), o CQC tem a incumbência de monitoramento dos serviços, no exercício de suas atribuições e no desempenho de suas funções, quando os pacientes são internados involuntariamente, encaminhados para ordens de tratamento comunitário ou tutela. A equipe visita e entrevista os pacientes, e cobra providências dos prestadores de serviços quando se deparam com situação que as exijam. Têm ainda o dever de emitir uma segunda opinião por médico designado e de analisar as reclamações (159).

Para Szmukler (153), admissões psiquiátricas em hospitais de forma involuntária não estão de acordo com a CDPD e com os Direitos Humanos de modo geral. O autor rechaça noções de saúde mental capacitistas e paternalistas, lembrando que a legislação de diferentes países baseia o “cuidado involuntário na presença de doença mental e risco associado”, fato este que também ocorre na legislação brasileira, como demonstrado no capítulo 2 deste trabalho. Entretanto, como tais medidas ainda são largamente utilizadas no direito interno dos países, suas normas precisam no mínimo definir e limitar as circunstâncias em que isso pode ocorrer.

Uma proibição absoluta de tratamento involuntário não é atualmente factível no cenário global, de acordo com Szmukler (153). No entanto, os Estados-parte são constantemente lembrados da posição do Comitê em suas Observações Finais, publicadas após exames regulares do progresso de cada Estado na implementação da CDPD.

## 6.8. ALTERNATIVAS ÀS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO BRASIL.

Para Puras e outros autores, é necessário o fomento de construção de serviços e sistemas que promovam cuidados e apoio eficazes baseados em Direitos Humanos. A implementação da CDPD requer não apenas a reforma da Psiquiatria, mas também uma nova perspectiva de análise da saúde mental e do sofrimento. Isso incluiria até a eliminação total de qualquer medida coercitiva ou involuntária, seguindo à risca os requisitos da CDPD, especialmente seus artigos 12 e 14 (141).

Puras afirma em entrevista que em suas visitas aos países-membros, enquanto relator especial do Conselho de Direitos Humanos da ONU, para

explicar o direito à saúde, frequentemente visitava instituições psiquiátricas fechadas, e recomendava mudanças, a partir de um sistema moderno de saúde, baseado em evidências e DHP. O primeiro passo para tais mudanças é dar voz aos pacientes no tratamento que recebem, além do estímulo a abordagens inovadoras para evitar a coerção, que é prejudicial para as relações terapêuticas (145).

O autor prossegue, esclarecendo que o confinamento é usado com muita frequência para gerenciar problemas de saúde pública, perante situações que demandam políticas modernas baseadas em evidências. Os responsáveis pela elaboração dessas políticas públicas deveriam evitar as que são baseadas no confinamento. Existem alternativas ao confinamento em discussão, que trazem resultados positivos (145).

A partir do referencial dos DHP, algumas experiências afetas ao cuidado em saúde mental têm apresentado resultados positivos e com razoável viabilidade de implementação. Neste trabalho serão apresentadas duas delas - o Diálogo Aberto (DA) e a Análise Colaborativa de Riscos (ACR), como formas possíveis para a efetiva reabilitação dos PAJs, último grupo de pacientes psiquiátricos a enfrentar internações de longa duração.

É necessário reiterar que este não é um trabalho de Psicologia; ele propõe uma abordagem sob a ótica da Bioética baseada nos Direitos Humanos, especialmente os DHP, e, no momento das reflexões, torna-se importante a apresentação de experiências de alternativas à coerção e privação de liberdade de pacientes psiquiátricos, propostas na literatura científica e que têm o condão de auxiliar o vislumbre de novas possibilidades para os PAJs. A resposta dada pelas equipes de saúde mental em momentos de crise dos pacientes reflete ser essa uma das áreas de cuidados em que existe um risco elevado de violação dos direitos dos destinatários dos serviços. Por isso, é importante que sejam apresentadas práticas adequadas para transformar e modernizar os cuidados de saúde mental (176).

#### 6.8.1. DIÁLOGO ABERTO (DA)

A primeira experiência em apreço, iniciada na década de 1970, envolve pequenas estruturas de apoio centradas na comunidade em que o paciente está

inserido. Parte-se da premissa de que o acolhimento em momentos de crise em um ambiente seguro, na comunidade do paciente, com equipe contando com membros não profissionais e com uso mínimo de medicamentos, pode ser uma alternativa à hospitalização e ao uso de medidas coercitivas para pessoas com crise psicótica precoce (176).

Existem também alternativas para auxílio no processo. Nesses espaços, livres de coerção, os indivíduos em crise podem permanecer por períodos variados, e são acompanhados por pares, ou seja, pacientes, sobreviventes ou ex-pacientes de instituições psiquiátricas tradicionais, na condição de pares do paciente em atendimento no momento de crise. Algumas dessas iniciativas solidamente estabelecidas incluem a *Berlin Runaway House* na Alemanha, o *Bapu Trust* na Índia e a *Western Massachusetts Recovery Learning Community*, nos Estados Unidos (176).

Em decorrência desse movimento é que surge o projeto denominado Diálogo Aberto (DA), criado na Finlândia na década de 1980. Em vez de um ambiente residencial alternativo, usam-se abordagens de rede para apoiar indivíduos em crise em suas casas e comunidades. Propõe-se que sejam realizados diálogos estruturados entre uma equipe de tratamento, o paciente em crise e membros de sua rede social. É dado igual peso a todos os pontos de vista sobre a crise, mesmo aqueles que em outros lugares seriam descartados. Ao envolver pessoas em crise com os membros de sua rede, o DA tenta transformar a experiência da *psicose*, afastar o estigma e dar maior conscientização à pessoa em crise (176).

Os mencionados pares são conhecidos como *especialistas por experiência* e são treinados para usar suas experiências pessoais de saúde mental e deficiência psicossocial para ajudar pessoas em crise. O envolvimento significativo de pares em momentos de crise, com outros profissionais de saúde mental ou não, também representa uma ferramenta alternativa à tradicional internação. Quando os colegas de trabalho se envolvem e divulgam criteriosamente suas experiências pessoais à medida que elas se aplicam à situação de crise em questão, eles apoiam e capacitam a pessoa em crise de uma maneira não discriminatória (177).

Inicialmente, foi implementada uma cultura de comunicação com alteridade e diálogo entre funcionários, pacientes e familiares. Posteriormente, equipes

multidisciplinares e de base comunitária foram estabelecidas nas comunidades, para o oferecimento de serviços em saúde, incrementados com uma abordagem de tratamento com pouca dependência de medicamentos, fundamentada na psicoterapia (178).

O tratamento se dá em rede, com diversas atividades terapêuticas, sempre mantendo essa perspectiva dialógica de comunicação entre as partes envolvidas (178).

O DA agora é praticado em várias partes da Escandinávia, onde há um conjunto de estudos de coorte e descritivos bastante robustos que demonstram sua eficácia, e na Alemanha, Holanda, Áustria, Reino Unido, EUA, Austrália e Japão. Em vez de representar uma intervenção claramente demarcada, o DA varia internacionalmente em sua adaptação aos sistemas e contingências locais de cuidado (178).

O DA consiste então em uma abordagem não institucional e não medicalizante, que estimula o autoconhecimento, a autocompreensão e a autodeterminação dos pacientes, distanciando-se de uma agenda institucional. Sua atenção é direcionada para a resposta humana e a comunicação como resposta às crises, concebidas como uma situação da vida, e não uma condição médica. Entende que os valores humanos básicos, interlocuções comunitárias, o contexto sobre a compreensão local sobre sintomas e diagnósticos clínicos devem ser priorizados, em detrimento de posturas mais verticalizadas no que diz respeito ao tratamento (178).

Enquanto isso, os cuidados de saúde mental de PAJs brasileiros exemplificam um modelo que depende quase exclusivamente da hospitalização, os responsáveis pela gestão dos serviços em saúde mental, ao buscar não mais lançar mão da internação com tanta frequência, acabam por promover intervenções focadas principalmente no uso de medicamentos, em vez de estratégias mais libertadoras para os pacientes (176).

A falta de compreensão e alienação do que é dito pelo paciente psiquiátrico é apontada pelos autores como elementos centrais nos momentos de crise. A escuta por profissional de segurança, amigo ou por alguém que já tenha passado por uma crise e esteja em momento de estabilidade emocional pode auxiliar a situação imediata e evitar desdobramentos que envolvam a coerção. O programa *Friendship Bench*, no Zimbábue, é um exemplo bem-sucedido dessa experiência.

Comunicação efetiva e diálogo estruturado correspondem a três elementos fundamentais, que visam estimular o empoderamento, a autonomia e a inclusão por meio da escuta, avaliando a tolerância da pessoa angustiada com os outros presentes e envolvendo-a na desconstrução da situação de crise (176).

Concomitante à comunicação, a presença – o simples *estar com* – tem dado resultados positivos em situações de crise. Passar tempo com uma pessoa, sem um objetivo predeterminado, tem sido um elemento-chave em programas pioneiros para pessoas com psicose aguda (*estados alterados*). O tempo passado juntos pode ocorrer de maneira programada, como durante sessões de *atendimento básico* de três horas, ou turnos de 24 a 78 horas, ou mais espontaneamente (176).

As pessoas em sofrimento também podem buscar espaços seguros de *refúgio* em ambientes nocivos ou traumatizantes, que podem ter provocado ou sustentado a crise de saúde mental. Esses serviços de acolhimento organizam reuniões de grupo e permitem que os residentes entrem e saiam e realizem atividades externas. Famílias ou amigos leigos treinados também podem fornecer alívio fora de casa (176). É uma medida muito semelhante às já implementadas residências terapêuticas do SUS, que dependem, contudo, de expansão.

Para Puras e demais autores, o DA está alinhado aos DHP, uma vez que compreende os valores do paciente e reconhece sua dignidade intrínseca. O paciente deixa de ser o destinatário objetificado de um diagnóstico, e é capaz de construir valores próprios, entender e agir sobre si e sua comunidade, ao permitir que a comunicação seja a grande chave para os encaminhamentos relacionados aos momentos de crise enfrentados por ele (178).

Outro ponto de destaque no que tange ao alinhamento do DA aos DHP é sua compatibilidade com o modelo relacional de deficiência, proposto pela CDPD. Do corpo do texto da CDPD pode ser percebido que noção de deficiência “conecta déficits individuais e restrições conceituais”, ou seja, nem a deficiência nem o ambiente por si sós são incapacitantes, mas sim a combinação entre essas duas variáveis, se direcionadas ao impedimento da participação social da pessoa (178).

### 6.8.2. ANÁLISE COLABORATIVA DE RISCOS (ACR)

A Análise Colaborativa de Riscos (ACR) é uma abordagem de tratamento aplicável a PAJs. Ela envolve as partes interessadas no processo terapêutico (pacientes, familiares e equipe multiprofissional), que trabalham juntas para avaliar e gerenciar riscos associados aos pacientes, os quais são estimulados a ter participação ativa na avaliação do risco de crises, e sobre as decisões cabíveis nesses momentos. Tal participação reconhece a experiência dos pacientes como elemento hábil para a recuperação, destacando-se que os pacientes também são informados e capacitados devidamente para processos de tomada de decisão. Além da compreensão compartilhada dos riscos, há uma melhora na comunicação e um fortalecimento do vínculo terapêutico entre profissionais de saúde e pacientes. Ray e Simpson (179) destacam que a ACR garante que as perspectivas, valores e preferências dos PAJs sejam levados em consideração, culminando em estratégias de gerenciamento de riscos de crises de maneira mais eficazes e alinhadas aos DHP.

De acordo com Brunnberg, Nilsson e Berge (180), a ACR está sintonizada com os DHP, e seu uso em ambientes forenses pode ser uma estratégia eficiente para a garantia desses direitos aos PAJs. Os autores destacam que envolver os pacientes no processo de avaliação de risco e prepará-los para momentos de eventuais crises são atitudes que respeitam sua dignidade e autonomia, e garantem o direito de participar das decisões que afetam suas vidas. A ACR reconhece o protagonismo dos pacientes nos cuidados que lhe são destinados, promovendo assim uma abordagem centrada neles e nos DHP.

No contexto específico dos PAJs e das unidades forenses de saúde mental, a importância da ACR ganha mais relevância à medida que esses pacientes geralmente apresentam maior complexidade em seus quadros clínicos, além de um histórico de comportamento ofensivo. Para Doyle, Gray e Taylor (181), o envolvimento dos PAJs por meio da ACR permite uma compreensão mais abrangente de fatores de risco individuais, como seu estado de saúde mental, seu histórico de conflito com a lei penal e a conjuntura social atual e pregressa. A ACR pode auxiliar na identificação de possíveis gatilhos, sinais de alerta e fatores de proteção específicos para PAJs, contribuindo para o desenvolvimento de planos de gerenciamento de risco personalizados, complementares aos seus planos de tratamento individuais.

Destaca-se ainda que a ACR consiste em uma abordagem alinhada com a proposta Tomada de Decisão Apoiada e consentimento informado. Ao envolver os pacientes no processo de avaliação de risco, os profissionais de saúde promovem um senso de agência e empoderamento, a partir de uma maior capacitação nas escolhas dos pacientes (181).

Sweeney *et al.* (182) enfatizam que nesse modelo de tomada de decisão há maior envolvimento do paciente, que tem suas perspectivas, valores e preferências incorporados ao processo terapêutico. Essa conduta tem o potencial de melhorar os resultados do tratamento e fortalecer a relação entre os PAJs e os profissionais de saúde. Para atingir esses resultados, os autores recomendam a comunicação clara e transparente entre a equipe multiprofissional, os pacientes e suas famílias, respeitando a confidencialidade das informações, de modo a consolidar o modelo de tomada de decisão apoiada e consentimento informado, de modo a garantir os DHP aos PAJs.

Markham (132) fez uma análise da ACR em ambientes de saúde mental forenses no Reino Unido. Nela, ele enfatiza a importância de envolver não só os pacientes, mas também seus familiares no processo de avaliação dos riscos de crise, uma vez que familiares costumam ser boas fontes de informação acerca de riscos potenciais e fatores de proteção. A ACR permite uma abordagem mais holística para entender a situação do PAJ e desenvolver um plano de gerenciamento de crise personalizado, que deve ser elaborado também a partir da colaboração interprofissional, incluindo-se não apenas médicos psiquiatras, mas também enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e psicólogos, entre outros.

Certamente, é importante também que os profissionais sejam capacitados a desenvolver estratégias de comunicação especializadas, de modo a envolver os PAJs em todo o processo (178,179). Além disso, para uma implementação adequada, é necessário que o ambiente de trabalho seja horizontalizado e que as equipes exercitem a alteridade, seja entre si, seja com o paciente.

A postura dialógica que a ACR propõe pode trazer resultados positivos no que diz respeito à reabilitação dos PAJs. Em estudo empírico realizado com PAJs na Finlândia, buscando informações sobre o enfrentamento de questões ligadas ao ilícito criminal durante o tratamento das MSs, quatro temas principais eram recorrentes: culpa e vergonha, responsabilidade, reabilitação e possibilidade de recaída e atitudes da sociedade em relação aos ofensores. Os autores descobriram que os fatos que deram origem às MSs eram uma preocupação significativa dos PAJs, com um importante impacto no senso de identidade dos pacientes e em seus relacionamentos com os outros. Os autores também enfatizam a necessidade de se levar em consideração atitudes sociais mais amplas em relação aos infratores, sugerindo que atitudes negativas podem prejudicar o processo de reabilitação (182).

A ACR também representa um novo passo para a reformulação da ideia de periculosidade, abordada nesta tese, e essencial nas execuções das MSs no Brasil. Ray e Simpson (179) afirmam que a ACR, enquanto prática colaborativa entre pacientes e partes interessadas, representa uma evolução em relação às abordagens estritamente biomédicas. Destacam a importância da formulação compartilhada de estratégias de enfrentamento de crises. Os autores exemplificam, narrando o caso de um paciente que tinha histórico de violência e foi capaz de trabalhar em colaboração com sua equipe de tratamento, de modo a identificar seus próprios gatilhos e desenvolver estratégias para administrá-los, com o suporte profissional adequado.

#### 6.9. PNAISP, RESOLUÇÃO 487/2023 E OS DHP: POSSIBILIDADES E PERSPECTIVAS

O presente tópico tem o propósito essencial de discutir a Resolução 487/CNJ à luz dos DHP. Entretanto, desde 2014 há um esforço para assegurar os DHP das pessoas privadas de liberdade em geral, construindo-se, a partir de então um importante precedente para este debate. Destaca-se que, em 2014, a partir da ação dos Ministérios da Saúde e Justiça, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (183), (184).

A PNAISP é resultante da avaliação de dez anos de avaliação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), ocasião em que se constatou a necessidade de uma política em benefício de pessoas encarceradas, de forma mais abrangente e integrada (185). A PNAISP busca, fundamentalmente, promover a integralidade da atenção à saúde de pacientes no sistema prisional, com ações que envolvem desde a atenção básica até a atenção especializada, incluindo ações de saúde mental e prevenção de doenças infectocontagiosas, a partir da orientação das diretrizes do SUS, apresentadas no 3o capítulo desta tese. Destaca-se, no contexto da PNAISP, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas privadas de liberdade (184). Percebe-se então que a PNAISP busca ampliar as ações de saúde do sistema prisional, garantindo o acesso aos

serviços de saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, além de promover ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (183).

Ademais, a política em estudo também prevê a possibilidade de assistência médica ser prestada em local diverso do estabelecimento penal, quando não houver aparelhamento suficiente na unidade prisional, mediante autorização judicial. Com isso, cada unidade prisional do itinerário carcerário prevista na Lei de Execução Penal, sejam elas delegacias de polícia, cadeias públicas, penitenciárias, presídios, colônias agrícolas ou agroindustriais ou hospitais de custódia e tratamento, deverão contar com uma Unidade Básica de Saúde Prisional que, por sua vez, contará com equipes multiprofissionais que ofertarão ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (184).

Inserem-se, neste contexto, propostas de qualificação da atenção básica no âmbito prisional, de modo articulado com outros dispositivos dessa rede no território. Abrindo-se aqui um parênteses acerca da discussão dessa tese, percebe-se que a PNAISP pode ser uma ponte entre os HCTPs e a RAPS do território em que estiverem inseridos, preservando-se não apenas a saúde mental dos PAJs, mas a saúde em sentido amplo. Entretanto, embora a PNAISP seja uma política importante, é necessário um monitoramento constante para avaliar sua efetividade e garantir que a população carcerária tenha acesso à saúde adequada (186; 187).

No tocante às medidas de segurança em especial, a PNAISP prevê serviços e estratégias para avaliação psicossocial e monitoramento das medidas terapêuticas aplicáveis aos PAJs, na busca de um tratamento adequado e eficaz. Alguns desses serviços e estratégias são a avaliação, monitoramento e acompanhamento das medidas terapêuticas aplicadas, sem prejuízo de avaliações psicossociais de cada paciente, elaboradas pela equipe multiprofissional (188; 184; 189).

De acordo com Bartos (183), o ambiente prisional evidencia a desigualdade e vulnerabilidade de sua população diariamente. A taxa de ocupação no sistema prisional brasileiro é de 171%, com um déficit de 312.925 vagas. A superlotação, aliada à quadros de insalubridade, como celas sem ventilação e iluminação adequadas, torna os presídios espaços propícios para a disseminação de doenças.

As diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) para a atenção à saúde mental em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico incluem ações de prevenção dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento; atenção às situações de grave prejuízo à saúde mental; atendimento psiquiátrico e psicológico especializado; tratamento medicamentoso e psicoterápico; ações de reabilitação psicossocial e reinserção social; e capacitação dos profissionais de saúde para atendimento em saúde mental (184).

A PNAISP reconhece a multidimensionalidade dos problemas atrelados à saúde das pessoas privadas de liberdade e estabelece a intersetorialidade como uma de suas principais diretrizes, o que significa que a atenção à saúde mental deve ser integrada com outras políticas públicas, como as políticas de assistência social, educação e trabalho (190).

Contudo, enquanto a PNAISP tem como foco a população carcerária como um todo, inclusive pacientes judiciários (com as possibilidades de especificação em benefício deles mencionadas), a Resolução 487/CNJ tem como destinatários exclusivamente os PAJs, o que permite um aprofundamento das questões de saúde mental levantadas, mas com um foco mais específico, complementando e aprofundando o debate relativo à proteção dos DHP dos PAJs.

Partindo-se então para a análise da resolução do CNJ em questão, é importante destacar ainda que a CIDH fez algumas determinações ao Brasil, por meio da sentença do caso Damião Ximenes Lopes (191), ligado aos DHP no campo da saúde mental. Na busca de reforçar o compromisso do Estado Brasileiro em promover aos DHP de pacientes psiquiátricos, especialmente os PAJs, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em suas atividades de monitoramento e fiscalização do cumprimento das decisões da CIDH no Brasil, publicou, em 15 de fevereiro de 2023, sua Resolução nº 487/2023 (192).

Primeiramente, é necessário mencionar que o CNJ possui um grupo de trabalho formado para o acompanhamento do cumprimento das decisões da CIDH no âmbito nacional. Em seu relatório (193), o grupo ressaltou algumas resoluções e recomendações do CNJ que permitiram o avanço da discussão e implementação de inovações sobre a saúde mental no Poder Judiciário. Nesse sentido, é mencionada a Resolução CNJ nº 113/2010 (194), que busca garantir a efetivação das diretrizes da Lei da Reforma Psiquiátrica nas MSs sempre que

possível. No ano subsequente, o grupo destacou a Recomendação CNJ n° 35/2011 (195), que não apenas estabelece diretrizes para a desinstitucionalização e a reorientação do modelo assistencial em saúde mental para serviços substitutivos em meio aberto, mas também enfatiza a importância da adoção de políticas antimanicomiais na execução das MSs.

O grupo de trabalho mencionou, por fim, a Resolução CNJ n° 414/2021 (196), que estabeleceu diretrizes para a realização de exames de corpo de delito em casos em que existam indícios de tortura e outros tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. Essa última Resolução apresenta critérios periciais específicos relacionados ao uso de métodos abusivos contra pessoas em sofrimento mental, incluindo-se nesse conjunto os PAJs. Dentre esses métodos, destaca a contenção física, mecânica ou farmacológica desproporcional ou prolongada, o excesso de medicalização, a negação de acesso a tratamento ou medicação, o isolamento compulsório, o alojamento em ambientes inadequados e a eletroconvulsoterapia realizada em desacordo com os protocolos médicos e as normativas de Direitos Humanos.

É nesse ínterim que, neste ano de 2023, é dado um novo passo e é publicada a Resolução CNJ n° 487 (192). Tal resolução instituiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário brasileiro, tendo como destinatários os PAJs que estão respondendo a processos criminais ou que já estão na fase de execução de medidas de segurança.

A Resolução n° 487 entrou em vigor recentemente, no dia 15 de maio de 2023, reorientando os procedimentos e diretrizes ligados aos PAJs à Lei n° 10216/2001 (2) e aos DHP. A resolução enfatiza como diretrizes fundamentais o respeito pela dignidade humana, a não discriminação, o devido processo legal, a proibição de tortura e tratamento cruel ou degradante, além da adoção de abordagem antimanicomial na execução de medidas de segurança, reforçando o direito à saúde integral. Em seu artigo 3º, propõe o afastamento de métodos de contenção física, mecânica ou farmacológica desproporcionais, excessiva medicalização, isolamento compulsório, alojamento impróprio e eletroconvulsoterapia. Além disso, destaca a importância da articulação entre o Poder Judiciário e a RAPS, respeitando a territorialidade dos serviços e o tratamento no meio social em que a pessoa vive (192).

A RAPS desempenha um papel fundamental nessa política, oferecendo serviços e equipamentos de saúde mental, como os CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos e os leitos de atenção integral em hospitais gerais. Além disso, equipes multidisciplinares, como a Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, estão envolvidas no acompanhamento e tratamento das pessoas nessa situação (192).

A Política também estabelece procedimentos para casos em que uma pessoa com indícios de transtorno mental ou deficiência psicossocial comparece a uma audiência de custódia – primeiro contato em que acusados de crimes em geral têm com a autoridade judicial deve ocorrer em até 24 horas da prisão, conforme prevêem os artigos 287 e 310 do CPP (197). Nesses casos, os artigos 4º e 8º da resolução (192) estabelecem que a autoridade judicial pode encaminhar a pessoa para atendimento voluntário na RAPS, respeitando sua vontade de ter uma pessoa de sua escolha presente durante o ato judicial. Caso a pessoa esteja em crise de saúde mental e incapaz de participar da audiência, serão realizadas tentativas de gestão da crise por equipe qualificada.

A norma em apreço entende por gestão da crise uma resposta imediata da RAPS para a adoção de medidas emergenciais, o encaminhamento do paciente para serviços de saúde apropriados e o desenvolvimento de ações de escuta, compreensão da condição pessoal do PAJ e a busca por consensos possíveis (192). Trata-se de um processo semelhante à ACR e ao DA, mencionados, envolvendo inclusive a mediação entre a pessoa em crise e as outras pessoas presentes no ambiente, além da busca pela restauração do diálogo. Além disso, ele prevê a importância de se identificar o mais rápido possível os fatores que podem ter desencadeado a crise e, caso todas as tentativas de seu manejo sejam exauridas sem sucesso, a autoridade judicial deverá tomar providências para encaminhar a pessoa ao atendimento em saúde por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) ou de outros serviços da RAPS.

Nesse caso, será registrado que a audiência de custódia não pôde ser realizada e um termo será elaborado. Dele constará, primeiramente, a determinação da elaboração de relatório médico, em até 24 horas; se necessário, constarão as informações dos profissionais de saúde da instituição para a qual a pessoa detida foi encaminhada. Visa-se, dessa forma, documentar qualquer tipo

de indício de tortura. Em segundo lugar, constará do termo a requisição de informações, em até 48 horas, às secretarias municipais ou estaduais de saúde, no que tange à condição atual do paciente, e a indicação do acompanhamento de saúde adequado, viabilizando assim a obtenção de elementos de convicção para a decisão judicial (192).

Na busca do respeito à singularidade e subjetividade dos PAJs, a Resolução CNJ nº 487/2023 também institui, em seu art. 2º, os projetos terapêuticos singulares (PTS), que contêm propostas de condutas terapêuticas articuladas para o paciente, família ou comunidade, nos termos do seu art. 14. Tais propostas resultam de discussões coletivas realizadas pela equipe interdisciplinar e centradas no PAJ, buscando-se a construção de estratégias compartilhadas de gestão e cuidado em saúde. A sentença criminal em que o PAJ for destinatário deverá conter a MS mais indicada para o tratamento de saúde a ser realizado. Essa determinação levará em consideração a avaliação biopsicossocial, outros exames realizados durante o processo e os cuidados a serem prestados em meio aberto (192).

De acordo com o art. 12 da resolução em comento, o tratamento ambulatorial deve prevalecer sobre a medida de internação, e será acompanhado pela autoridade judicial e por sua equipe multidisciplinar, de modo articulado ao acompanhamento da RAPS. Assim, torna-se desnecessária a comprovação de tratamento do PAJ no processo judicial. O acompanhamento da MS levará também em conta o desenvolvimento do projeto terapêutico singular e outros elementos apresentados pela equipe da RAPS. Também serão consideradas a existência e as condições de acessibilidade aos serviços, a atuação das equipes de saúde e o envolvimento e adesão da pessoa ao tratamento (192).

Acrescenta-se ainda que, ainda de acordo com o art. 12 da resolução (192), no âmbito do acompanhamento das MSs, a ausência de suporte familiar não pode ser considerada condição para imposição, manutenção ou cessação do tratamento ambulatorial ou desinternação. A autoridade judicial avaliará a possibilidade de encerrar a medida de segurança anualmente, no mínimo, ou a qualquer momento, quando solicitado pela defesa ou indicado pela equipe de saúde que acompanha o paciente. A extinção da medida não está condicionada à conclusão do tratamento em saúde mental.

O art. 13 da resolução (192) estabelece que a internação é medida excepcional, cabível apenas em situações em que outras medidas forem insuficientes ou inaplicáveis. Nesses casos, a internação deverá ser considerada o recurso provisoriamente adequado, desde que prescrita pela equipe da RAPS. Acrescenta-se que as internações nesses casos deverão ocorrer em leito de saúde mental em hospital geral ou em outra unidade de saúde referenciada pelo CAPS que estiver acompanhando o PAJ. A ação do Poder Judiciário deve ser no sentido da garantia de que nenhum PAJ seja colocado em unidade prisional, ainda que em enfermaria, ou submetido à internação em instituições com características asilares, como HCTPs ou instituições sem condições de oferecer assistência integral à saúde da pessoa ou permitir o exercício dos direitos previstos na Lei nº 10.216/2001 (2). A internação será encerrada quando a equipe de saúde multidisciplinar, a critério próprio, determinar que ela não é mais necessária como recurso terapêutico. Nesse caso, após comunicar a alta hospitalar à autoridade judicial, o acompanhamento psicossocial poderá continuar em outros dispositivos da RAPS, em meio aberto.

A resolução em estudo também estabelece importantes medidas para a revisão dos processos relacionados à execução de medidas de segurança, visando à desinstitucionalização e à garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial. Com um prazo de até seis meses a partir de sua entrada em vigor, ocorrida em 15 de maio de 2023, a autoridade judicial competente deverá revisar tais processos, com o objetivo de avaliar a possibilidade de extinguir as MSs em curso, promover a progressão para tratamento ambulatorial em meio aberto ou realizar a transferência para um estabelecimento de saúde adequado. Também é dada atenção aos casos de execução de MSs em HCTPs, instituições congêneres ou unidades prisionais, bem como às situações em que as pessoas permanecem nesses locais, mesmo após a extinção da medida ou quando há ordem de desinternação condicional (192).

É recomendado que os processos criminais envolvendo PAJs sejam encaminhados para programas comunitários ou judiciários de justiça restaurativa.

São instituídos pela resolução os denominados Grupos de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário (GMFs), no âmbito dos tribunais. Esses grupos têm um papel central na implementação do estabelecido na resolução, uma vez que têm a prerrogativa de realizar inspeções conjuntas com as autoridades responsáveis pela execução penal, a fim de verificar as condições dos estabelecimentos onde as MSs estão sendo cumpridas. Além disso, podem mobilizar a RAPS, em colaboração com as equipes multiprofissionais do Poder Judiciário, com o desiderato de integrar as práticas da justiça criminal com políticas de atenção a pessoas privadas de liberdade, inclusive identificando pacientes psiquiátricos detidos em unidades prisionais tradicionais. Também têm como prerrogativa o fortalecimento do que foi estabelecido na resolução perante as secretarias estaduais e municipais de saúde. É necessária a criação de fluxos de atendimento de PAJs nos órgãos responsáveis pelas políticas de administração penitenciária, saúde e assistência social, seguindo o paradigma antimanicomial (192).

Por fim, o CNJ, por meio do Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF), se compromete a prestar suporte permanente às ações dos tribunais e dos juízes no que diz respeito ao cumprimento da resolução e implementação da política nela estabelecida. O DMF também elaborará um Manual com Modelo Orientador CNJ, com o intuito de orientar os tribunais e os magistrados na implementação das disposições previstas na resolução, no prazo de até 180 dias (192).

Torna-se necessário que, antes do enfrentamento questões particulares à resolução, que seja feita uma análise a partir do diálogo entre a PNAISP e Resolução 487/CNJ (192).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) (184) e a Resolução 487/2023 (192) do CNJ são duas iniciativas que buscam promover a saúde mental e o tratamento humanizado de pessoas em situação de privação de liberdade. Entretanto, enquanto a PNAISP tem como objetivo a atenção integral à saúde de pessoas privadas de liberdade, a Resolução 487/2023 do CNJ visa instituir uma política antimanicomial no Poder Judiciário. A PNAISP é uma política mais ampla, que abrange diversos aspectos da saúde no sistema prisional, enquanto a Resolução 487/2023 do CNJ é mais específica, focando na promoção de alternativas ao tratamento manicomial.

A PNAISP também busca garantir o direito à saúde das pessoas privadas de liberdade, promover ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde, além de fortalecer a rede de atenção psicossocial. Já a Resolução 487/2023 do CNJ (192) tem em seu escopo o estabelecimento de diretrizes para a atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade, visando a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a garantia do acesso aos serviços de saúde. Destaca-se também que, enquanto a PNAISP (184) foi estabelecida por uma portaria interministerial e é regida e implementada pelas secretarias estaduais de saúde, a resolução está ligada ao Poder Judiciário, mais especificamente o Conselho Nacional de Justiça.

Salienta-se que as duas iniciativas convergem para garantir o direito à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional, nos parâmetros

dos DHP, com o desiderato de promover alternativas ao tratamento manicomial e a desinstitucionalização de PAJs. São iniciativas recentes, já que a PNAISP (184) foi criada em 2014 e a Resolução 487/2023 do CNJ (192) foi publicada em 2023. Ambas reconhecem a multidimensionalidade da saúde das pessoas privadas de liberdade e estabelece a intersetorialidade como uma de suas principais diretrizes, o que significa que a atenção à saúde deve ser integrada com outras políticas públicas, como as políticas de assistência social, educação e trabalho. A atenção à saúde deve ser realizada por uma equipe multiprofissional capacitada, considerando as necessidades individuais e específicas de cada pessoa.

Realizadas essas considerações, e no que diz respeito especificamente à Resolução CNJ nº 487/2023 (192) destaca-se que se trata de importante marco para a garantia e aplicação dos DHP aos PAJs. Diferentemente da PNAISP, é um documento que tem como destinatários especificamente PAJs, e não a comunidade carcerária em geral, mais ampla, certamente com demandas de saúde mental, mas que não estão em cumprimento de MS, e não são PAJs nos termos propostos neste trabalho. É necessário que se reconheça esse importante passo. Entretanto, algumas possibilidades de maior sintonia dos direitos dos PAJs no Brasil não foram contempladas por aquela norma. Uma delas é a possibilidade de maior participação do paciente no que diz respeito às possibilidades terapêuticas que lhe serão aplicadas. A título de exemplo, poderiam ter sido estimuladas ou ao menos reconhecidas as possibilidades de diretivas antecipadas para momentos de crise. Markham (132) informa que fora dos momentos de crise, pacientes psiquiátricos estão aptos a tomar decisões racionais, sobretudo se apoiados por uma equipe multidisciplinar.

Torna-se então necessária a observação da resolução sob o prisma dos DHP e seus pilares, quais sejam, o reconhecimento da vulnerabilidade acrescida, o cuidado centrado no paciente e a preferência de processos de tomada de decisão não substitutivos, como TDA e TDC. Percebe-se que a resolução representa avanços em relação ao modelo estabelecido pelas normas penais, mas ainda há lapidações que merecem ser realizadas na nova proposta.

No que diz respeito ao reconhecimento da vulnerabilidade acrescida dos PAJs, a resolução nada o menciona. Entretanto, ela faz referência à vulnerabilidade em alguns pontos. No art. 7º é mencionado que a autoridade judicial levará em consideração as condições que ampliem a vulnerabilidade

social, bem como os aspectos interseccionais, no caso de pessoas em situação de rua, população negra, mulheres, população LGBTQIA+, mães, pais ou cuidadores de crianças e adolescentes, pessoas idosas, pessoas convalescentes, migrantes, povos indígenas e outras populações tradicionais, para que a aplicação de medidas seja adequada a cada caso. Além disso, é mencionado que a equipe de saúde deve considerar a vulnerabilidade social e econômica das pessoas em acompanhamento em saúde, bem como as desigualdades sociais e regionais, para garantir o acesso aos serviços de saúde. Percebe-se então que aqui não se trata de vulnerabilidade acrescida a partir do referencial dos DHP, mas de outras vulnerabilidades que podem atravessar o PAJ, mas que não estão ligadas ao fato de serem pacientes.

O cuidado centrado no paciente visa proporcionar uma vida funcional para o paciente, com foco em suas necessidades médicas e tratamentos. É importante também o compromisso bioético de se estimular, por meio do cuidado dispensado, uma consideração do paciente em todos os aspectos de sua vida, como contexto histórico, familiar, pontos fortes e fracos individuais (considerados como tais a partir da perspectiva do paciente) (134). Embora não utilize a expressão *cuidado centrado no paciente*, a resolução busca dar maior protagonismo ao PAJ, que passa a ser mais reconhecido como sujeito, embora o controle decisional sobre os rumos do tratamento permaneçam com a equipe da RAPS. Não é mais a equipe dos HCTPs, os quais, inclusive, têm seu fechamento proposto, mas o controle ainda resta com uma equipe profissional. De todo modo, a proposta da resolução é fomentar o envolvimento do PAJ no seu tratamento, o que, com algum esforço, até poderia ser considerado uma abordagem mais centrada nele, ainda que sua voz e decisões, embora consideradas, não sejam decisivas sobre os rumos do tratamento.

Um estudo realizado no *West London NHS Trust* descobriu que havia algumas boas práticas em que tanto os usuários do serviço quanto os prescritores relataram conversas de boa qualidade sobre estilos dialógicos, processo colaborativo, informações fornecidas e variedade de opções oferecidas. O estudo também destaca a importância do compromisso das organizações e o aumento da compreensão dos profissionais na transformação da TDC da retórica para a realidade. Portanto, pode-se inferir que tanto a tomada de decisão compartilhada quanto a apoiada podem ser benéficas em ambientes de saúde mental, e a

eficácia de cada abordagem pode depender das necessidades e preferências do indivíduo (137).

Isso não ocorre no âmbito das MSs; no modelo tradicional, o CP deixa evidente a posição do PAJ enquanto ser institucionalizado, sem possibilidade de decisão sobre o tratamento que lhe será destinado; tal decisão ocorre no âmbito do dispositivo penal, e seu cumprimento, no âmbito manicomial dos HCTPs. Mesmo que com a mudança de escopo da resolução, o PAJ ainda não possui voz suficiente para decidir, especialmente em momentos de crise, esse papel ainda cabe aos profissionais da saúde, que com boa intenção e de forma paternalista irão ouvi-lo e considerar o que lhes for dito, mas a decisão final é sempre da equipe.

Nota-se então que a TDA não foi contemplada pela resolução, o que seria importante, uma vez que PAJs são inseridos no Sistema Criminal a partir de momentos de crise (e como visto, é para esses momentos que a TDA tem sua função primordial), que podem ou não se repetir durante o cumprimento das MSs. Dessa maneira, permanece o controle institucional sobre o paciente, que continua com restrições em relação à participação efetiva nos processos de tomada de decisão de seu tratamento, ainda que de forma mais sutil, em virtude da impossibilidade de participação de terceira parte de confiança do paciente. O artigo 4º menciona a participação de pessoa de confiança do PAJ para assistência em ato judicial apenas, não em processos de tomada de decisão.

Ainda refletindo-se sobre momentos de crise enfrentados pelo PAJ, a resolução menciona, em seu artigo 5º, que, nos casos em que a autoridade judicial entender que a pessoa apresentada à audiência de custódia está em situação de crise em saúde mental e sem condições de participar do ato, solicitará tentativas de manejo de crise pela equipe qualificada. Entretanto, não menciona os critérios de avaliação que a autoridade judicial deverá utilizar no momento, já que não é capacitada para tanto. A resolução menciona o manejo dessa crise, a partir do acionamento de equipe de saúde da RAPS para a tomada de medidas emergenciais e encaminhamento do paciente ao serviço de saúde, além da realização de ações de escuta, compreensão da condição pessoal, produção imediata de consensos possíveis, mediação entre a pessoa e os demais presentes no ambiente e a restauração do diálogo, bem como, o quanto antes, a identificação dos fatores que possivelmente desencadearam a crise.

No que diz respeito à TDC, entende-se que foi mencionada na previsão de *compartilhamento de gestão e cuidado*. Entretanto, isso ocorreu de forma genérica, sem a previsão específica de como efetivamente seria implementada. Presume-se que essa participação do PAJ nos processos de tomada de decisão é possível no âmbito do PTS, cuja responsabilidade (e, portanto, última palavra) é da equipe multiprofissional, e não do paciente. Entende-se, desta forma, que durante a jornada de cumprimento das MSs, a TDA deve ser incluída expressamente nas normativas brasileiras como possibilidade para PAJs em momento de crise, e que a TDC seja operacionalizada e com procedimentos de implementação e participação do PAJ devidamente discriminados.

Outro ponto de reflexão se dá a partir da percepção de que, se as MSs não podem possuir caráter punitivo e se as medidas de internação visam o melhor tratamento ao PAJ (ainda que definidas pelo CP em virtude da gravidade do ilícito criminal), elas devem ser geridas totalmente pelos órgãos e instituições de saúde pública, seguindo os DHP e a experiência internacional, retirando, ou ao menos diminuindo severamente, o papel das instituições de segurança pública ou administração prisional. A Resolução CNJ nº 487/2023 (192) não segue esse entendimento, e mantém a estrutura de gestão pelos órgãos repressivos do Estado, ainda que de modo articulado com os órgãos de saúde pública. A própria ideia de equipes conectoras apresentada pela resolução demonstra a dificuldade do Sistema de Justiça Criminal em ceder o seu espaço e poder sobre os PAJs em favor do Sistema de Saúde Pública.

O sistema de saúde tem finalidades e uma organização com escopos completamente diferentes em relação ao Poder Judiciário Criminal e à Segurança Pública. O sistema de saúde, ainda que com suas dificuldades e desafios, tem muito mais aptidão para fornecer o tratamento adequado aos PAJs, então não há porque se reportar ou se ligar ao braço punitivo do Estado. Seria persistir, de modo sutil e simbólico, com a noção de punição aos PAJs. A autonomia do sistema de Saúde deve ser total, conforme orientação em saúde mental adequado aos PAJs, e os modelos de gestão das MSs apresentados na resolução ainda não têm delimitações claras sobre os papéis das equipes de Saúde e das equipes conectivas do Poder Judiciário ou dos órgãos de Segurança Pública e Administração Prisional, o que pode abrir margem para arbitrariedades e disputas de poder.

O mais adequado seria que o papel do Sistema de Justiça Criminal tão somente acompanhasse o processo de reabilitação do PAJ, mas sem nenhum tipo de intervenção, e apenas ratificasse ou homologasse as decisões tomadas pela equipe que presta o serviço de saúde ao paciente – a qual, inclusive, contará com a participação do PAJ em todo o processo terapêutico. A articulação interinstitucional, por mais que abstratamente seja bonita, deveria ceder lugar para uma gestão do tratamento pelos órgãos ligados à RAPS, sem intervenções do Poder Judiciário no tratamento.

Certamente a resolução é um grande avanço a ser celebrado, pois aproxima muito as MSs aos DHP e às orientações internacionais, como a do Programa *Quality Rights*, por exemplo. Ela permite que o PAJ não esteja completamente vulnerável à ação processual criminal estatal, e concede-lhe mecanismos de proteção e encaminhamento à RAPS. Em verdade, o Poder Judiciário deveria ser orientado pelos serviços de saúde pública, que administrariam o cumprimento das medidas de segurança sem disparidades entre PAJs e demais pacientes psiquiátricos.

Por mais que ainda detenha o poder sobre a liberdade do PAJ, o Poder Judiciário não possui prerrogativa técnica para avaliar as condições clínicas dos pacientes; também não tem prerrogativa ou está inserido no contexto de prestação de serviços em saúde mental. Resta-lhe apenas a prerrogativa de gerir como será exercido o poder punitivo do Estado, poder este que defendemos não poder ser destinado aos PAJs. E, a despeito do CP prever um prazo mínimo de um ano para as internações, a resolução já estabelece que esse período de duração será determinado pela equipe multiprofissional. Com a alta hospitalar, o PAJ cumpriria a MS em meio aberto e em regime ambulatorial, independentemente da natureza do ilícito praticado (contrariando ou modificando assim o dispositivo normativo do CP).

Essa é uma mudança significativa rumo à aplicação dos DHP para os PAJs. De todo modo, percebe-se ainda que o PAJ fica no meio de duas estruturas de poder, uma ligada à saúde e outra à segurança pública, mas o princípio do cuidado centrado no paciente e os postulados sobre diretivas antecipadas e tomada de decisão apoiada, que garantiriam maior protagonismo do PAJ na dinâmica da execução das MS, não foram contemplados.

Embora a presente tese não tenha um recorte de pesquisa na área jurídica, faz-se necessário que sejam esclarecidas algumas questões acerca da natureza e das possibilidades previstas nas normas do CNJ, de modo a se compreender melhor os desafios na implementação efetiva da Resolução CNJ nº 487/2023 (192).

O CNJ é um órgão administrativo do Poder Judiciário brasileiro que possui competências normativas estabelecidas pela Constituição Federal (25) e por outros atos normativos.

Dentre as possibilidades normativas daquele Conselho incluem-se a fiscalização administrativa e financeira dele próprio, a edição de normas para disciplinar o funcionamento e a organização dos órgãos do Poder Judiciário, além do estabelecimento de outras normas e procedimentos administrativos, visando à melhoria da prestação jurisdicional. Também se incluem no escopo normativo do CNJ a regulamentação da atividade jurisdicional, como a uniformização de procedimentos, a padronização de formulários e a organização de cadastros judiciais (198).

Entretanto, de acordo com o artigo 59 da Constituição Federal (25), compete apenas ao Congresso Nacional a elaboração de leis em matéria penal e processual penal, o que extrapolaria as competências do CNJ. Seguindo essa determinação, as normas emitidas pelo CNJ possuem um caráter regulamentar e interpretativo, buscando orientar a atuação dos órgãos jurisdicionais na aplicação das leis penais e processuais penais, mas não podem inovar ou se contrapor às leis penais, como o Código Penal (5) e o Código de Processo Penal (197).

Lisboa e Oliveira (199), por sua vez, argumentam que as normas do CNJ possuem caráter normativo e podem estabelecer regras e procedimentos no campo penal, complementando ou interpretando o conteúdo das leis penais e processuais penais. Defendem que o CNJ, como órgão de controle e gestão do Poder Judiciário, tem competência para editar normas de natureza administrativa que influenciam diretamente a atuação dos órgãos jurisdicionais.

Por outro lado, Medeiros e Silva (200) sustentam que o CNJ não possui poder normativo e devem se limitar a aspectos de organização e gestão do Poder Judiciário, sem interferir na seara penal e processual penal. Eles ressaltam a separação de poderes e a necessidade de que a criação de normas penais e processuais penais seja atribuição exclusiva do Poder Legislativo.

Carvalho e Leite (201) também compartilham a visão de que o CNJ não possui poder normativo no campo penal e processual penal, argumentando em favor da separação de poderes. Eles destacam que qualquer conflito entre as resoluções do CNJ e as leis penais e processuais penais deve ser resolvido em favor das leis. Silva e Gomes (202) endossam essa posição, defendendo que o CNJ não tem poder para editar normas no âmbito penal e processual penal, limitando-se apenas a questões administrativas do Judiciário.

Percebe-se então que as opiniões divergem sobre o poder normativo do CNJ no campo criminal e processual penal, havendo aqueles que defendem seu caráter normativo e sua complementaridade às leis existentes, bem como aqueles que afirmam sua ausência de poder normativo e a necessidade de respeitar a atribuição legislativa.

Seguindo essa linha de pensamento, Rangel (203) enfatiza que as resoluções do CNJ não têm o poder de criar ou modificar direitos e deveres estabelecidos por leis em sentido formal, como o Código Penal (5) ou o Código de Processo Penal (197). Elas têm caráter interpretativo, complementar ou regulamentar, atuando no campo administrativo e de gestão do Poder Judiciário. Dessa forma, as resoluções do CNJ não podem criar tipos penais, modificar penas ou estabelecer procedimentos processuais penais. Concordando com essa posição, Ferraz e Cardoso (204) ressaltam que as resoluções do CNJ não possuem hierarquia superior às leis e não podem contrariar o disposto em normas legais. Corroboram o entendimento de que, caso haja conflito entre o conteúdo de uma resolução do CNJ e o conteúdo de uma lei, deve prevalecer esta última, uma vez que é atribuição do Poder Legislativo criar, modificar e revogar leis penais e processuais penais.

Nesse sentido, dentro do universo burocrático e da hierarquia normativa do Brasil, a Resolução CNJ nº 487/2023 (192) é um grande avanço e um passo decisivo rumo ao reconhecimento e aplicação dos DHP dos PAJ no Brasil, mais de duas décadas após a Lei da Reforma Psiquiátrica (2). Entretanto, por mais que ela apresente grandes avanços em termos materiais, pode ser que tenha sua aplicação barrada diante dos aspectos formais mencionados.

Diante dessa controvérsia e considerando que a resolução é recente, uma vez que entrou em vigor em maio de 2023, e em virtude de interpretações mais ortodoxas e punitivistas estabelecidas pelo Sistema de Justiça Criminal, torna-se

necessária uma análise futura da interpretação que será dada no Poder Judiciário em relação à aplicabilidade da resolução, já que essa é a estrutura que prevalecerá de forma mais imediata, seja para se acatar ou não a resolução.

Um possível caminho para mediar esse debate é a aplicação de uma possibilidade prevista no art. 96, I, do CP (5), que dispõe que, na falta de uma internação em HCTP, esta pode ser cumprida em outro estabelecimento adequado. Nesse sentido, com o fechamento dos HCTPs na forma proposta pela resolução (192), os estabelecimentos adequados seriam unidades de tratamento orientadas pelos parâmetros da Lei da Reforma Psiquiátrica (2) e da Resolução CNJ nº 487/2023 (192). Referida resolução, porém, não se reporta expressamente ao art. 96, I, do CP (5), tampouco ao art.97 do mesmo diploma legal, que define a internação como sanção a ilícitos criminais mais graves, puníveis com reclusão. Dessa forma, o entendimento não esvazia a discricionariedade do magistrado, mas já apresenta diretrizes para a possibilidade de aplicação da resolução sem adentrar na controvérsia dos limites de competência material das normas do CNJ. Isso seria possível, inclusive, por meio do próprio CP (5) e da amplitude do termo *estabelecimento adequado*, constante do dispositivo legal mencionado e subsidiário à internação em HCTP.

Isso ocorre porque, diante das divergências apresentadas, a magistratura terá a discricionariedade para decidir, tanto no sentido de que a resolução do CNJ é uma orientação para a adequada interpretação da lei penal; ou, em outra vertente, no sentido de que, ao propor a inaplicabilidade das MSs de internação e de novas possibilidades de execução das MSs, a resolução na verdade estaria revogando e criando normas penais e processuais penais, o que fugiria à sua competência. Constitui-se assim então um novo impasse no cumprimento das MSs, que merece ser monitorado pela pesquisa científica e pelos órgãos ligados aos Direitos Humanos e Saúde Pública, além dos próprios mecanismos de fiscalização da resolução (Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas e Grupos de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário dos tribunais).

Diante da divergência e das possibilidades que são descortinadas, torna-se importante a reflexão sobre a viabilidade de alternativas para o cumprimento das MSs de internação. A experiência internacional italiana novamente foi vanguardista no assunto. Além de extinguir os HCTPs, modificou a forma de

cumprimento das MSs, instaurando os Serviços Residenciais e Semi-Residenciais de Saúde Mental (REMS), muito semelhante às residências terapêuticas do nosso SUS (RTs), mas aplicadas aos PAJs (205).

Na Itália, em 2011, após uma investigação nos então existentes hospitais psiquiátricos e judiciários (fechados totalmente em 2017), constatou-se que nos hospitais semelhantes aos HCTPs daquele país, sob supervisão do Ministério da Justiça, não existia terapia real ou programa de recuperação. A higiene era precária, além de existir longas internações de PAJs que haviam cometido pequenos ilícitos criminais. Essas longas internações, em específico, foram justificadas pelo Judiciário pela ausência de familiares que pudessem cuidar do PAJ no período pós-internação (205).

Diante dos resultados daquela investigação, em 2012 foi promulgada lei que estabeleceu o fechamento programado das estruturas hospitalares destinadas ao cumprimento das MSs na Itália, fato que inclusive foi relatado no 1º capítulo desta tese. Entretanto, vale destacar que, para além do fechamento dessas estruturas, foi proposta uma nova possibilidade de cumprimento de medidas de segurança, com designação de 30 unidades de Residências para Execução das Medidas de Segurança (REMS) no território italiano. As REMS têm como objetivo a melhoria dos serviços de saúde mental por meio de abordagem terapêutica inserida na comunidade, de modo a reduzir a dependência de hospitais psiquiátricos. Fomentou-se assim a desinstitucionalização, pautando-se no cuidado centrado no paciente, tendo como escopo a reabilitação, a inclusão social e a continuidade do cuidado. Destaca-se que, nas REMS, os PAJs recebem planos de tratamento individualizados e estão ativamente envolvidos nos processos de tomada de decisão em relação ao seu tratamento (11, 12, 37, 197).

Tal medida é semelhante aos PTS previstos na Resolução CNE nº 487/2023 (192). Os PAJs têm sua estadia nas REMS orientada por uma estratégia em que os riscos, a terapia individual e o prognóstico são sopesados pela equipe. O número máximo de pacientes dessas residências é 20, devendo todos ser da região em que a REMS está sediada; a residência é gerida por equipe multiprofissional (médicos, educadores, assistentes sociais e de saúde), com atenção prestada 24 horas por dia (37, 197).

Os PAJs que não cumpriram as MSs nas REMS devido à falta de vagas (precisamente 290 pacientes) foram encaminhados para casa ou locais com menos vigilância. Essa questão gera debates entre as comunidades locais e os serviços psiquiátricos. Frisa-se também que não há denúncias de coerção física dos pacientes, mas há o relato de que, em algumas unidades, houve utilização de drogas para facilitar o controle dos pacientes, sem uso de métodos alternativos (205).

Diante do exposto, observa-se que as REMS não representam um paraíso utópico sem dificuldades, desafios e, por que não, até limitações, mas já evidenciam um importante avanço na garantia dos DHPs aos PAJs. De acordo com De Ambroghi (205), houve limitações de financiamento e escassez de mão de obra para a sua implementação; ao fim, as REMS foram recebidas positivamente por pacientes, familiares e profissionais de saúde mental. Elas têm mostrado resultados promissores em termos de redução das taxas de hospitalização e melhoria da qualidade de vida dos PAJs.

Desde 1º de abril de 2015, os pacientes que passam pelas REMS tem demonstrado melhoria e então encaminhados para residências menos restritivas, viabilizando-se sua reintegração na sociedade. Mesmo com todos os desafios, as REMS têm conseguido atingir o propósito terapêutico das MSs. Trata-se de uma possibilidade real de recuperação e independência dos PAJs, de maneira alinhada às práticas mais avançadas de saúde mental, e fora do tecnicismo, burocracia e punitivismo judicial (11, 12, 37, 205).

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por mais que os questionamentos acerca dos pacientes psiquiátricos tenham se iniciado há pouco mais de 50 anos, e que a Lei de Reforma Psiquiátrica brasileira tenha pouco mais de duas décadas, a questão acerca dos PAJs é bem mais recente. Mesmo na Itália, país pioneiro nessas mudanças, não há nem dez anos que os manicômios judiciais foram fechados, como visto. No Brasil, a Lei da Reforma Psiquiátrica possui pouco mais de duas décadas, e ainda não houve sua implementação para os PAJs; a inquietação a partir disso é que movimentou a elaboração desta tese. Há uma proposta de mudança pelo CNJ com quase dois meses de vigência, considerando o depósito deste trabalho, em julho de 2023.

Este cenário demonstra que, embora exista uma perspectiva de transformação dessa realidade distante dos DHP, é imprescindível uma ampliação desse debate, ainda restrito e pouco discutido. Percebe-se, neste momento de finalização do trabalho, que poucos são os países que avançaram rumo à aplicação plena dos DHP em benefício dos PAJs. A discussão ainda é pouca, e a implementação das mudanças por via legal, menos ainda. Torna-se portanto necessária a expansão da análise e reflexão contínuas acerca da transformação dos dispositivos normativos, das políticas públicas e das práticas efetivas destinadas aos PAJs.

*De lunáticos a loucos, depois a deficientes mentais ou doentes mentais, até pessoas com problemas de saúde mental ou deficiência psicossocial*, a mudança terminológica acerca de pacientes psiquiátricos reflete uma mudança maior no que diz respeito à saúde mental e uma maior sensibilidade em relação à proteção dos Direitos Humanos desses pacientes. É possível perceber a evolução da perspectiva sobre esses sujeitos, de *perturbados* para *vítimas*, e enfim para *pessoas com direitos*. Essa mudança também é evidente na transformação do modelo biomédico para o biopsicossocial na abordagem da saúde mental, nos moldes da CDPD.

Esta pesquisa foi proposta a partir da apreensão diante da dissonância das políticas públicas em saúde mental no Brasil e do tratamento dispensado aos PAJs em MS de internação, que não conseguem acessar os avanços advindos de tais políticas. Embora, em relação a pacientes psiquiátricos em geral, o debate já

esteja razoavelmente pacificado, quando é apresentada uma busca de inclusão dos PAJs nesses avanços, resistências são apresentadas, evidenciando-se o punitivismo ligado às MSs, por mais que a doutrina penal estabeleça que não ter havido crime, em virtude da inimputabilidade. Diante da inexistência de crime, a conclusão lógica é que não deve haver punição, mas tão somente reabilitação.

Entretanto, a periculosidade, que, como analisado nesta tese, é um conceito que carece de objetividade e, por isso, abre margem para uma grande discricionariedade por parte do Sistema de Justiça Criminal, permitindo também que, indiretamente, o PAJ seja, na prática, punido pelos atos praticados. Os HCTPs não apresentam grandes diferenças de uma penitenciária, haja vista que privam o paciente de seu tempo e espaço (tal qual numa pena aplicada a imputáveis). Aliás, o espaço em que esse paciente é inserido possui uma estrutura de vigilância, contenção, mas não de tratamento adequado, tal qual proposto pela Lei de Reforma Psiquiátrica.

Esse descompasso entre a lei e as medidas de segurança, que foi a mola propulsora desta pesquisa, tende a seguir novos rumos. No mês anterior à finalização desta tese, maio de 2023, entrou em vigor uma resolução do CNJ, visando dirimir o questionamento advindo desse descompasso. Esse fato é capaz de demonstrar que a problemática ligada aos PAJs é atual, relevante, e está em constante efervescência e renovação. Entretanto, a análise acerca da recepção dessa mudança na realidade das práticas afetas aos PAJs representa uma limitação temporal a este trabalho.

Diante desse panorama, emerge o desafio de fiscalização e monitoramento da Resolução CNJ nº 487/2023, por mecanismos institucionais do Estado Brasileiro, organizações não governamentais e órgãos internacionais de proteção aos DHP, como o Comitê DPD. Essa consideração se torna mais necessária à medida que se recorda o relatório de hospitais psiquiátricos brasileiros, que constata que, mesmo após pouco mais de duas décadas da garantia em lei de propostas da Reforma Psiquiátrica, permanece a ausência da materialidade de muitos dos avanços ali consignados.

Certamente, a proteção normativa e o reconhecimento formal de direitos constituem um importante passo, mas a fiscalização, monitoramento e criação de conselhos autônomos e capacitados é imprescindível para a materialidade desses direitos. O desafio também se estende à academia, especialmente através da

pesquisa e extensão, no sentido de apresentar-se nos espaços de interlocução como instituição aliada ao monitoramento, capacitação e fiscalização independente, somando esforços para a implementação material da nova política do CNJ em benefício dos PAJs.

Além disso, embora as mudanças vislumbradas não estejam garantidas em lei, e dependam de interpretação dos órgãos jurisdicionais sobre sua aplicabilidade, colocando os atores envolvidos em um campo ainda um tanto quanto nebuloso, isso permite que a discussão atinja um outro patamar. Houve, por fim, o reconhecimento do Poder Judiciário de que é necessário alinhar-se as MSs aos DHP. A resistência inicial de se aplicar aos PAJs as políticas públicas em saúde mental advindas da Reforma Psiquiátrica começou institucionalmente a ser repensada, ainda que tardiamente. É possível que o espectro da periculosidade, fundamento essencial das MSs de internação, finalmente esteja perdendo protagonismo dentro das instituições de segurança pública e do Poder Judiciário.

Em análise retrospectiva aos objetivos apresentados inicialmente, percebe-se que foi possível analisar o regime jurídico dos PAJs brasileiros, com esteio no referencial dos DHP, apresentando propostas de superação das incongruências entre o regime das MSs de internação e os DHP. Os demais objetivos também foram atingidos, o que evidencia que a metodologia aplicada foi adequada ao recorte dado à pesquisa.

As MSs se mostraram como um tema cuja discussão merece aumentar seu protagonismo dentro do debate mais amplo da Saúde Mental e da Bioética no Brasil. Certamente há outras questões emergentes nesse campo, mas discussões sobre as MSs, ora mais tímidas, ora mais intensas, necessitam ser analisadas a partir de bases teórico-normativas objetivas e práticas, como os DHP.

Confirmou-se, nesse sentido, o referencial teórico-normativo dos DHP como instrumento apto a sustentar a análise das MS, mas também as alternativas à execução das MS apresentadas. Os DHP não são valores intangíveis, haja vista terem em seu bojo práticas e compromissos para que os valores sejam cumpridos, a partir da intermediação que podem fazer, no caso em análise, entre os PAJs e o Estado que os institucionaliza, sem se esquecer de garantir a centralidade do paciente nesta dupla relação institucional, haja vista que o PAJ ainda se encontra na imbricação entre a Segurança Pública, a Administração

Prisional e a Saúde Pública. O referencial dos DHP demonstrou consistir em uma resposta eficiente para a proteção dos PAJs; é capaz também de responder aos dilemas relacionados ao cumprimento das MSs, haja vista seu caráter vinculante.

Aliás, após as reflexões realizadas, é possível compreender que os DHP se mostram como uma proposta eficiente para se enfrentar os desafios impostos aos sujeitos sob custódia judicial. É compreensível também a necessidade de implementação de medidas práticas de garantia de sua dignidade e reabilitação social.

Certamente a proteção dos PAJs é uma questão complexa e multifacetada, envolvendo tanto aspectos jurídicos quanto sociais e de saúde. Esta pesquisa revelou a interseção entre o Sistema de Justiça Criminal e a Saúde Pública, além da dupla institucionalização que aqueles indivíduos sofrem, tanto judicialmente quanto como pacientes. A institucionalização jurídico-criminal prevalece sobre a condição de paciente; a despeito dos recentes esforços de readequação das MSs, o controle final desses pacientes ainda recai sobre o Poder Judiciário, ao contrário de outros países analisados; todos têm a execução das MSs sob responsabilidade dos órgãos de Saúde Pública. Persistem, portanto, desafios que envolvem enfrentamentos abrangentes e colaborativos.

Nesse ínterim, o presente trabalho defende que as MSs sejam geridas integralmente pelos órgãos de Saúde aos quais as RAPS se vinculam, cabendo ao Judiciário a homologação da abordagem terapêutica desenvolvida pela equipe multiprofissional de saúde mental, que informaria periodicamente o Judiciário sobre a evolução clínica do paciente.

Pretende-se, assim, impedir a diferenciação entre os PAJs e demais pacientes psiquiátricos, afastando-se qualquer vestígio punitivista das MSs. Permitir-se-ia assim o acesso não só ao tratamento de saúde adequado, mas também a residências terapêuticas, no caso de longas internações de PAJs sem vínculos familiares, política já existente no Brasil para pacientes psiquiátricos em geral e que, se aplicada aos PAJs, acabaria por implementar prática semelhante à adotada na Itália, ao fechar os seus HCTPs.

Considerando que posicionamentos do Poder Judiciário podem mudar mais frequentemente do que leis, a maneira mais segura de implementação dessas mudanças seria por meio de reforma legislativa, especialmente no que se refere ao Código Penal, em especial aqueles dispositivos que estabelecem os HCTPs

como espaços de cumprimento de MSs de internação, as quais são a indicação para fatos mais graves, puníveis com reclusão. Há, entretanto, o dispositivo legal já demonstrado, que estabelece que, na falta de vagas em HCTPs, o PAJ seria encaminhado para o serviço adequado. Uma mudança de viabilidade mais rápida seria a regulamentação em lei do que seria esse serviço adequado, caso os HCTPs sejam, de fato, extintos. Assim os PAJs não ficariam tão dependentes das interpretações de magistrados acerca do que são tais estabelecimentos adequados, pois a subjetividade seria eliminada com o estabelecimento de um conceito objetivo.

Espera-se que nas próximas décadas sejam fornecidas oportunidades de pesquisa e busca por mudanças estruturais que defensores de DHP e os profissionais que lidam com PAJs e os próprios PAJs propuserem. Talvez seja possível perceber um estágio de maior clareza normativa em relação aos direitos aplicáveis aos pacientes psiquiátricos, dentre eles os PAJs. Entretanto, essa é uma realidade construída através de articulação e diálogo atento às possibilidades e resistências que permeiam o debate que envolve a DHP, a saúde mental e o Sistema de Justiça Criminal.

Para que as dificuldades e desafios apresentados nesta pesquisa sejam ultrapassados, é necessário que o campo jurídico-criminal abandone a abordagem reativa em relação aos PAJs, que mude suas lentes de observação desses sujeitos como perigosos ou perversos, adotando-se para com eles o caráter de pacientes que efetivamente são, como se procurou demonstrar. Torna-se imprescindível que, além de implementar de maneira eficiente as inovações normativas e as políticas públicas propostas ou relatadas, as políticas públicas afetas ao tema estejam aliadas e atentas ao debate bioético e de saúde pública, de modo a ensejar a implantação de abordagens proativas, baseadas na comunidade e que enfatizem alianças e o suporte nos processos de tomada de decisão, por meio de efetiva implementação das TDA e TDC, ao invés da obediência pura, simples e ineficaz.

Nesta tese foram apresentadas duas alternativas viáveis, amparadas na realidade de alguns países, que dão voz e suporte a pacientes em crise, inclusive PAJs, a saber, o DA e a ACR. Certamente as alternativas possíveis não tiveram sua análise esgotada, mas demonstram que há experiências de sucesso mais benéficas para os PAJs, em contraposição ao modelo de internação praticados

nos HCTPs no Brasil. Demonstra-se assim, de todo modo que as propostas mais avançadas no que diz respeito à alternativas ao modelo de internação envolvem a colaboração e apoio nos processos de tomada de decisão, não punitivismo, aplicação dos DHP e busca por soluções de conflitos a partir do restabelecimento de vínculos comunitários e práticas restaurativas.

Certamente, apresentaram-se aqui exemplos de discussões que devem ser amadurecidas no campo da saúde mental brasileiro. Entretanto, reitera-se que não deve ser papel do Poder Judiciário ou dos órgãos de segurança gerir o modo de execução das MSs, de acordo com os DHPs e com as experiências internacionais mais avançadas. É então que se percebe que é necessário estabelecer abordagens proativas e colaborativas diante de pacientes em crise e comprometidos, para consentir, sem nenhum tipo de suporte, como é o caso de PAJs em crise. Isso se daria, reforça-se, por meio de políticas baseadas na comunidade, priorizando-se alianças em detrimento da obediência e do desequilíbrio de poder entre paciente e equipes de saúde, bem como de todos os arranjos institucionais que o atravessam.

## REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization. Mental Health Evidence and Research Team. Mental health atlas 2020. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2021.
- (2) Brasil. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
- (3) Paranhos D, Santos M, Albuquerque A. Os direitos humanos dos pacientes como novo referencial da bioética clínica. Rev Redbioética. UNESCO [Internet]. 2017;2(16):12-22.
- (4) Albuquerque A. Direitos Humanos dos Pacientes. Juruá; 2016.
- (5) Brasil. Decreto- Lei n. 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal.
- (6) Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, Conselho Nacional do Ministério Público, Ministério Público do Trabalho. Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório da Inspeção Nacional; 2020.
- (7) Pedroso IM. A falta de vagas em hospitais de custódia: reflexões diante da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Unisantia Law and Social Science. 2018 Apr 20;7(1):134-51.
- (8) Carvalho S. Pena e medidas de segurança no direito penal brasileiro. Saraiva Educação; 2020.
- (9) Amarante P, Torre EH. “De volta à cidade, sr. Cidadão!” -reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. Revista de Administração Pública. 2018 Nov; 52:1090-107.
- (10) Fioritti A. Is freedom (still) therapy? The 40th anniversary of the Italian mental health care reform. Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2018 Aug;27(4):319-23.
- (11) Carta MG, Angermeyer MC, Holzinger A. Mental health care in Italy: Basaglia’s ashes in the wind of the crisis of the last decade. International Journal of Social Psychiatry. 2020 Jun;66(4):321-30.
- (12) Barbui C, Papola D, Saraceno B. Forty years without mental hospitals in Italy. International journal of mental health systems. 2018 Dec;12(1):1-9.
- (13) Albuquerque A. Internação compulsória à luz dos Direitos Humanos dos Pacientes. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2017 Dec 29;6:841-9.
- (14) United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities. New York City: General Assembly of the United Nations, 2006.
- (15) Leite DF, Padilha MA, Cecatti JG. Approaching literature review for academic purposes: The literature review checklist. Clinics. 2019 Nov 25;74:e1403.
- (16) Saks M, Allsop J. Researching Health: qualitative, quantitative and mixed methods. S.L.: Sage Publications; 2019.
- (17) World Health Organization. QualityRights materials for training, guidance and transformation. Geneva: WHO. 2019.
- (18) Prado LR. Tratado de Direito Penal Brasileiro: parte geral (arts. 1º a 120). Forense; 2021.
- (19) Busato PC. Direito penal: parte geral, volume 1. Atlas; 2020.
- (20) Brasil. Lei 7.209, de 11 de julho de 1984. Altera dispositivos do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências.
- (21) Avena N. Execução penal. Forense; 2019.

- (22) Esber KM, Diniz MA, Soares CB. Mapeamento do perfil dos usuários do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator/PAILI entre 2006 e 2014. *Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago”*. 2021 Jan 6;7:e7000026-.
- (23) Silva ARI. Da inimizabilidade penal em face do atual desenvolvimento da psicopatologia e da antropologia. Livraria do Advogado Editora; 2015.
- (24) Brasil. Lei 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal.
- (25) Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.
- (26) Brasil. Superior Tribunal de Justiça. Súmula 527. O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado. 18 de maio de 2015. RSTJ; 243:1067.
- (27) Weithmann G, Traub HJ, Flammer E, Völlm B. Comparison of offenders in forensic-psychiatric treatment or prison in Germany. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2019; 66:101502.
- (28) Flores LFB. La internación psiquiátrica por razón penal em España: ejecución de la medida em el ámbito penitenciário. *Revista Criminalidad*. 2015; 57(1): 45-60.
- (29) Edworthy R, Sampson S, Völlm B. Inpatient forensic-psychiatric care: Legal frameworks and service provision in three European countries. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2016; 47:18-27.
- (30) Chester V. People with intellectual and developmental disorders in the United Kingdom criminal justice system. *East Asian Archives of Psychiatry*. 2018; 28(4), 150–158.
- (31) United Kingdom. Mental Health Act 1983: Code of Practice. The Stationery Office, 2015.
- (32) Carabellese F, Felthous AR. Closing Italian Forensic Psychiatry Hospitals in Favor of Treating Insanity Acquittes in the Community. *Behavioral sciences & the law*. 2016; 34(2-3): 444-459.
- (33) Barbui C, Saraceno B. Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new revolution begins? *The British Journal of Psychiatry*. 2015; 206(6):445-446.
- (34) Palha J, Palha F. Perspectiva sobre a Saúde Mental em Portugal. *Gazeta Médica*. Abril-junho 2016. 3(2).
- (35) Portugal. Serviço Nacional de Saúde. Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental. Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020. 2017.
- (36) Fovet T, Thibaut VF, Parsons A, Hans-Joachin S, Thomas P, Lancelevée C. Mental Health and the criminal justice system in France: a narrative review. *Forensic Science international: Mind and Law*. 2020; 1: 100028.
- (37) Borges CF, Baptista TW. Leituras sobre o sanitarismo desenvolvimentista e interpretações para a reforma sanitária brasileira e a saúde coletiva. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2021 Mar 28;28:79-99.
- (38) Cohn A. “Caminhos da reforma sanitária”, revisitado. *Estudos Avançados*. 2018 May; 32:225-41.
- (39) Cohn A, Gleriano JS. A urgência da reinvenção da Reforma Sanitária Brasileira em defesa do Sistema Único de Saúde. *Revista de Direito Sanitário*. 2021 Jul 7;21:e0012-.
- (40) Sales OP, Vieira AF, Martins AM, Garcia LG, Ferreira RK. O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. *Humanidades & Inovação*. 2019 Dec 3;6(17):54-65.

- (41) Ghebreyesus TA, Fore H, Birtanov Y, Jakab Z. Primary health care for the 21st century, universal health coverage, and the Sustainable Development Goals. *The Lancet*. 2018 Oct 20;392(10156):1371-2.
- (42) Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar AD, Rosa MC, Martins GB, Santos IS, Silva DB, Vieira JM, Castro VC, Silva PO, Machado CV. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23:1763-76.
- (43) Frisch NC, Rabinowitsch D. What's in a definition? Holistic nursing, integrative health care, and integrative nursing: report of an integrated literature review. *Journal of Holistic Nursing*. 2019 Sep;37(3):260-72.
- (44) Prado Y, Severo F, Guerrero A. Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua discussão parlamentar: disputas políticas e contrarreforma. *Saúde em Debate*. 2021 Aug 13; 44:250-63.
- (45) Wzorek R. Os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira em xeque e as consequências para a rede de atenção psicossocial. *Revista Debates Insubmissos*. Set/dez 2021; 4(15):269-280.
- (46) Braga C. Argumentos para utopias da realidade e a experiência da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*. 2020 Sep 2;29.
- (47) Barbu C, Papola D, Saraceno B. The Italian mental health-care reform: public health lessons. *Bulletin of the World Health Organization*. 2018 Nov 11;96(11):731.
- (48) Oliveira VD. A Historicidade da loucura e a luta antimanicomial e a desinstitucionalização no Brasil. *Research, Society and Development*. 2023 Jan 4;12(1):e11512139729-. (49) Machado CV. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: caminhos e desafios. *Saúde em Debate*. 2021 Aug 13; 44:5-8.
- (50) De Luca V, Pompili PM, Paoletti G, Bianchini V, Franchi F, Lombardi M, Lagrotteria B, Iannini C, Fedele C, Pompili E, Nicolò G. The reform of Italian forensic psychiatric hospitals and its impact on risk assessment and management. *International Journal of Risk and Recovery*. 2018 Dec 19;1(3):22-9.
- (51) Paranhos DG, Albuquerque A. Direitos humanos dos pacientes como instrumentos bioéticos de proteção das pessoas idosas. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2019 May 8;8(1):53-64.
- (52) Braga CP. A perspectiva da desinstitucionalização: chaves de leitura para compreensão de uma política nacional de saúde mental alinhada à reforma psiquiátrica. *Saúde e Sociedade*. 2019 Dec 9; 28:198-213.
- (53) de Oliveira LC, da Silva RA, de Carvalho FP, Soares FR, de Sousa KM, da Cruz Solano L. Dificuldades no atendimento às urgências e emergências psiquiátricas no serviço de atendimento móvel de urgência. *Enfermagem em Foco*. 2018 Dec 6;9(4).
- (54) de Souza AD, Pinho PH, Vera S, Cortes HM. Estratégias de atendimento à crise psíquica por um serviço de atendimento móvel de urgência. *Journal of Nursing and Health*. 2019 Apr 24;9(1).
- (55) Santos RC, Pessoa Junior JM, Miranda FA. Rede de atenção psicossocial: adequação dos papéis e funções desempenhados pelos profissionais. *Revista gaúcha de Enfermagem*. 2018 Jul 23;39.
- (56) Oliveira LC, da Silva RA. Saberes e práticas em urgências e emergências psiquiátricas [Knowledge and practices in urgent and emergency psychiatric care] [Saberes y prácticas en urgencias y emergencias psiquiátricas]. *Revista Enfermagem UERJ*. 2017 Apr 30; 25:10726.

- (57) Pereira LP, Duarte MD, Eslabão AD. O cuidado à pessoa com comorbidade psiquiátrica em emergência geral: visão dos enfermeiros. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2019 Jun 10;40.
- (58) Brasil. Lei 10,708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.
- (59) de Souza Roveda G, da Silva Barreto LC, Ruzzi-Pereira A. Desempenho ocupacional de moradores de residências terapêuticas de um município mineiro. *Revista Brasileira Multidisciplinar*. 2021 Sep 1;24(3):3-14.
- (60) de-Castro UR, Vieira LR, dos-Santos ID, do Prado Oliveira N, Moreira AL, Dytz RA, Pagnussat I, Serafim LN. A importância da Residência Terapêutica no cuidado do paciente psiquiátrico sem vínculos familiares: relato de caso e revisão da literatura. *Brasília Med*. 2021;58:1-5.
- (61) Lima RC. O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2019 Apr 18;29:e290101.
- (62) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal.
- (63) Funk M, Drew N. Practical strategies to end coercive practices in mental health services. *World Psychiatry*. 2019 Feb;18(1):43.
- (64) Mahdanian AA, Laporta M, Drew Bold N, Funk M, Puras D. Human rights in mental healthcare; A review of current global situation. *International Review of Psychiatry*. 2023 Feb 17;35(2):150-62.
- (65) Sugiura K, Mahomed F, Saxena S, Patel V. An end to coercion: rights and decision-making in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*. 2020 Jan 1;98(1):52.
- (66) Probert J. Moving toward a human rights approach to mental health. *Community mental health journal*. 2021 Nov;57(8):1414-26.
- (67) Lee M, Seo M. Effect of direct and indirect contact with mental illness on dangerousness and social distance. *International Journal of Social Psychiatry*. 2018 Mar;64(2):112-9.
- (68) Every-Palmer S, Dunn A, Foulds J, Reuevecamp I, Dawson J. Restricted patients in New Zealand: a failed social experiment with a hybrid form of civil/forensic compulsory mental health treatment. *International journal of law and psychiatry*. 2022 Jan 1;80:101762.
- (69) Szmukler G. Offenders with a Mental Impairment Under a 'Fusion Law': Non-Discrimination, Treatment, Public Protection. *International Journal of Mental Health and Capacity Law*. 2020(26):35-51.
- (70) United Kingdom. An independent review of the Independent Investigations for Mental Health Homicides in England (published and unpublished) from 2013 to the present day. NHS England, 2019.
- (71) United Kingdom. The National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health. Annual Report: England, Northern Ireland, Scotland and Wales. University of Manchester, 2021.
- (72) Szmukler G. Involuntary detention and treatment: are we edging toward a "paradigm shift"? *Schizophrenia bulletin*. 2020 Feb 26;46(2):231-5.

- (73) de Assis Brasil M, de Fátima Guareschi NM. A execução das medidas de segurança e a lei da reforma psiquiátrica no Brasil contemporâneo. *Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM*. 2015 Dec 17;10(2):768-87.
- (74) Kent T, Cooke A, Marsh I. "The expert and the patient": a discourse analysis of the house of commons' debates regarding the 2007 Mental Health Act. *Journal of Mental Health*. 2022 Mar 4;31(2):152-7.
- (75) Albuquerque A, Barroso A. *Curso de Direitos Humanos*. Lumen Juris; 2018.
- (76) United Nations. OHCHR. *Human Rights: A Basic Handbook for UN Staff*. Disponível em <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/HRhandbooken.pdf>. Acesso em 18/05/2022.
- (77) Donnelly J. *The Concept of Human Rights*. Routledge; 2020.
- (78) Donnelly J, Whelan DJ. *International human rights*. Routledge; 2020 Jun 1.
- (79) Andorno R. A human rights approach to bioethics. In: Serna P, Seoane JA. *Bioethical decision-making and argumentation*. 2016. Darmstadt: Springer, 31-41.
- (80) Schütz M. Memory Unbound, Unfounded Memory? On Medicine, the Holocaust, and Bioethical Reflection. *European Journal for the History of Medicine and Health*. 2021 Mar 10;78(1):74-95.
- (81) Andorno R, Caporale C, Pavone IR. The role of UNESCO in promoting universal human rights. From 1948 to 2005.
- (82) Travieso JA, Ferraro AV, Trikoz EN, Gulyaeva EE. Bioethical Aspects of Human Rights in Modern Latin America. *Kutafin Law Review*. 2021 Apr 30;8(1):85-98.
- (83) Miles SH, Laar AK. Bioethics North and South: Creating a common ground. *Ethics, Medicine and Public Health*. 2018 Jan 1;4:59-64.
- (84) Andorno R. La dignidad humana como principio biojurídico y como estándar moral de la relación médico-paciente. *Consejo Superior de Investigaciones Científicas*. 2019.
- (85) de Oliveira AA. Dignidade humana: proposta de uma abordagem bioética baseada em princípios. *Revista de Direitos e Garantias Fundamentais*. 2017;18(3):111-38.
- (86) Andorno R. *Is vulnerability the foundation of human rights?*. Springer International Publishing; 2016.
- (87) de Oliveira Machado IL, Albuquerque A. Papel do Estado quanto à vulnerabilidade e proteção de adultos com deficiência intelectual. *Cadernos Ibero-americanos de direito sanitário*. 2019 May 8;8(1):65-79.
- (88) Ten Have H. Respect for human vulnerability: the emergence of a new principle in bioethics. *Journal of bioethical inquiry*. 2015 Sep; 12:395-408.
- (89) Mergen M, Akpınar A. Vulnerability: An integrative bioethics review and a proposed taxonomy. *Nursing ethics*. 2021 Aug;28(5):750-65.
- (90) Skarstad K. Human rights through the lens of disability. *Netherlands Quarterly of Human Rights*. 2018 Mar;36(1):24-42.
- (91) Albuquerque A, Paranhos DG. Direitos humanos dos pacientes e vulnerabilidade: o paciente idoso à luz da jurisprudência da Corte Europeia de Direitos Humanos. *Revista Quaestio IURIS*. 2017 Oct 16;10(4):2844-62.
- (92) World Health Organization. *Legal Capacity and the Right to Decide*. WHO QualityRights Core Training: Mental Health and Social Services. Course Guide. World Health Organization; 2019.
- (93) World Health Organization. *Freedom from Coercion, Violence and Abuse*. WHO QualityRights Core Training: Mental Health and Social Services. Course Guide. World Health Organization; 2019.

- (94) Duffy RM, Kelly BD. Rights, laws and tensions: A comparative analysis of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation. *International journal of law and psychiatry*. 2017 Sep 1; 54:26-35.
- (95) Uerpmann-Wittzack R. The Law-Making Function of the UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities. *Wroclaw Review of Law, Administration & Economics*. 2018 Dec 30;8(2):36-46.
- (96) Puras D, Gooding P. Mental health and human rights in the 21st century. *World Psychiatry*. 2019 Feb;18(1):42.
- (97) McNamara D. Building a collaborative approach to policing in an age of disability human rights law. *The Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2020.
- (98) Stavert J, McKay C. Scottish mental health and capacity law: The normal, pandemic and 'new normal'. *International journal of law and psychiatry*. 2020 Jul 1; 71:101593.
- (99) Gill NS. Human rights framework: an ethical imperative for psychiatry. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2019 Jan;53(1):8-10.
- (100) Martin W, Gurbai S. Surveying the Geneva impasse: Coercive care and human rights. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2019 May 1; 64:117-28.
- (101) United Nations. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health - Note by the Secretariat. 15 april 2020. <https://www.ohchr.org/en/documents/thematic-reports/ahrc4448-right-everyone-enjoyment-highest-attainable-standard-physical> acesso em 17/05/2022.
- (102) United Nations. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health - Note by the Secretariat. 07 april 2021. <https://www.ohchr.org/en/documents/thematic-reports/ahrc4728-strategic-priorities-work-report-special-rapporteur-right>. Acesso em 17/05/2022.
- (103) Series L. Disability and human rights. *Routledge handbook of disability studies*. 2019.
- (104) Albuquerque A. Capacidade jurídica e Direitos Humanos. *Lumen Juris*; 2018.
- (105) Alexandrov NV, Schuck N. Coercive interventions under the new Dutch mental health law: Towards a CRPD-compliant law? *International Journal of Law and Psychiatry*. 2021 May 1; 76:101685.
- (106) United Nations. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health - Note by the Secretariat. 10 april 2018. Disponível em <https://www.ohchr.org/en/documents/thematic-reports/ahrc3836-report-special-rapporteur-right-everyone-enjoyment-highest>. Acesso em 15/05/2022.
- (107) Davidson L. A Key, not a straitjacket: The Case for Interim Mental Health Legislation Pending complete prohibition of psychiatric coercion in accordance with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Health and Human Rights*. 2020 Jun;22(1):163.
- (108) United Nations, OHCHR. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment on CRPD n. 1. April 2014. <https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-1-article-12-equal-recognition-1>. Acesso em 23.05.2022.

- (109) Appelbaum PS. Saving the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities – from itself. *World Psychiatry*. February 2019; 18(1):1-2.
- (110) de Almeida JM. The CRPD Article 12, the limits of reductionist approaches to complex issues and the necessary search for compromise. *World Psychiatry*. 2019 Feb;18(1):46-47.
- (111) Galderisi S. The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: great opportunities and dangerous interpretations. *World psychiatry*. 2019 Feb;18(1):47-48.
- (112) Bartlett P. Will and preferences in the overall CRPD project. *World Psychiatry*. 2019 Feb;18(1):48-50.
- (113) United Nations. OHCHR. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment on CRPD n. 5. August 2017. <https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no5-article-19-right-live>. Acesso em 18.05.2022.
- (114) United Nations. OHCHR. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment on CRPD n.6. March 2018. <https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no6-equality-and-non-discrimination>. Acesso em 19.05.2022.
- (115) Eaton J. Rebalancing power in global mental health. *International Journal of Mental Health*. 2019 Oct 2;48(4):288-98.
- (116) United Nations. OHCHR. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Guidelines on Article 14, CRPD. September 2015. <https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/14thsession/GuidelinesOnArticle14.doc>.
- (117) Zinkler M, Von Peter S. End Coercion in Mental Health Services—Toward a System Based on Support Only. *Laws*. 2019; 8(3):19.
- (118) Gill NS, Allan JA, Clark B, Rosen A. Human rights implications of introducing a new mental health act – principles, challenges and opportunities. *Australasian Psychiatry*. 2020;28(2):167-170.
- (119) World Health Organization. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021 (Guidance and technical packages on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches).
- (120) World Health Organization. Mental health, disability and human rights. WHO QualityRights Core training - for all services and all people. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019.
- (121) Hoare F, Duffy RM. The World Health Organization's QualityRights materials for training, guidance and transformation: preventing coercion but marginalising psychiatry *The British Journal of Psychiatry*. 2021; 218: 240–242.
- (122) Moro MF, Pathare S, Zinkler M, Osei A, Puras D, Paccial RC, Carta MG. The WHO QualityRights initiative: building partnerships among psychiatrists, people with lived experience and other key stakeholders to improve the quality of mental healthcare. *The British Journal of Psychiatry*. 2022; 220(2):49-51.
- (123) Duffy R, Kelly B. Can the World Health Organisation's 'QualityRights' initiative help reduce coercive practices in psychiatry in Ireland? *Irish Journal of Psychological Medicine*. 2020:1-4.
- (124) World Health Organization. Supported Decision-Making and Advance Planning. WHO QualityRights Specialized Training. Course Guide. Geneva: World Health Organization; 2019

- (125) Turnpenny A, Petri G, Finn A, Beadle-Brown J, Nyman M. Mapping and Understanding Exclusion: Institutional, coercive and community-based services and practices across Europe. Project report. Mental Health Europe, Brussels, Belgium, 2018.
- (126) Albuquerque, A. Direito do Paciente: fundamentos teóricos do novo ramo jurídico. *Revista Derecho y Salud| Universidad Blas Pascal*. 2022; 6(7), 47-63.
- (127) Conselho Nacional de Justiça (Brasil) Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça, 2023.
- (128) Albuquerque, AO. Pesquisa com prontuário: análise ético-jurídica à luz dos Direitos Humanos dos Pacientes. *Cadernos de Ética em Pesquisa*. 2019; 1(1), 41-52.
- (129) Eaton J, Carroll A, Scherer N, Daniel L, Njenga M, Sunkel C, Dryer S. Accountability for the rights of people with psychosocial disabilities: An assessment of country reports for the convention on the rights of persons with disabilities. *Health and human rights*. 2021; 23(1), 175-189.
- (130) Staniszewska S, Mockford C, Chadburn G, Fenton S, Bhui K, Larkin M, Weich S. Experiences of in-patient mental health services: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*. 2019; 214(6), 329-338.
- (131) United Kingdom. Department of Health and Social Care. The NHS long term plan. London: Department of Health and Social Care Publications, 2019.
- (132) Markham S. Collaborative risk assessment in secure and forensic mental health settings in the UK. *General Psychiatry*. 2020; 33(5), 1-6.
- (133) Lu Y, Elwyn G, Moulton BW, Volk RJ, Frosch DL, Spatz ES. Shared decision-making in the US: evidence exists, but implementation science must now inform policy for real change to occur. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2022 Jun 1; 171:144-9.
- (134) Eklund JH, Holmström IK, Kumlin T, Kaminsky E, Skoglund K, Högländer J, Sundler AJ, Condén E, Meranius MS. "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Education and Counseling*. 2019 Jan 1;102(1):3-11.
- (135) Stavert J. Supported Decision-Making and Paradigm Shifts: Word Play or Real Change? *Frontiers in Psychiatry*. 2021 Jan 11; 11:571005.
- (136) World Health Organization. Person-centred recovery planning for mental health and well-being: self-help tool: WHO QualityRights.
- (137) Pappa S, Barnett J, Gomme S, Iliopoulou A, Moore I, Whitaker M, McGrath J, Sie M. Shared and supported decision making in medication in a mental health setting: how far have we come? *Community Mental Health Journal*. 2021 Feb 5:1-3.
- (138) United Kingdom. Department of Health and Social Care. Modernising the Mental Health Act—Final Report from the Independent Review.
- (139) Mahomed F, Bhabha J, Stein MA, Pūras D. Establishing good practice for human rights-based approaches to mental health care and psychosocial support in Kenya. *Health and human rights*. 2020 Dec;22(2):139.
- (140) Pūras D. Human rights and the practice of medicine. *Public health reviews*. 2017 Dec;38(1):1-5.
- (141) Chapman A, Williams C, Hannah J, Pūras D. Reimagining the mental health paradigm for our collective well-being. *Health and Human Rights*. 2020 Jun;22(1):1.
- (142) World Health Organization. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. 2021.

- (143) Lantta T, Anttila M, Välimäki M. Quality of mental health services and rights of people receiving treatment in inpatient services in Finland: a cross-sectional observational survey with the WHO QualityRights Tool Kit. *International Journal of Mental Health Systems*. 2021 Aug 28;15(1):70.
- (144) United Nations. OHCHR. Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities (theme: the challenges faced by persons with disabilities to the enjoyment of their right to the highest attainable standard of health) (2018)
- (145) Fleck F. A human rights approach to mental health and people with disabilities. *World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization*. 2018 Aug 1;96(8):520-1.
- (146) Aasland OG, Husum TL, Førde R, Pedersen R. Between authoritarian and dialogical approaches: attitudes and opinions on coercion among professionals in mental health and addiction care in Norway. *International journal of law and psychiatry*. 2018 Mar 1; 57:106-12.
- (147) Pūras D. Challenges in promoting the interdependence of all human rights. *Health and Human Rights*. 2020 Jun;22(1):351.
- (148) McGovern P, Ellingsdalen M, Borg M. Reclaiming citizenship through rights-based, person-centred, and recovery-oriented mental health services. *Association of Psychosocial Rehabilitation (WAPR)*. June 2022. Bulletin n. 48, 17-25.
- (149) Williams C, Chapman AR. Impact of Human Rights Council Reports on Mental Health. *Health and Human Rights*. 2022 Dec;24(2):85.
- (150) Brasil. Lei n. 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.
- (151) United Kingdom. General Data Protection Regulation (GDPR). (2018). Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC. *Official Journal of the European Union*. L119, 1-88.
- (152) United Kingdom. Royal College of Psychiatrists. (2018). Position statement on the use of restrictive interventions. Disponível em: [https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr220.pdf?sfvrsn=c74ad0e4\\_2](https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr220.pdf?sfvrsn=c74ad0e4_2). Acesso em 15/05/2023.
- (153) Szmukler G. “Capacity”, “best interests”, “will and preferences” and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *World Psychiatry*. 2019 Feb;18(1):34-41.
- (154) National Institute for Health and Care Excellence. Decision-making and mental capacity. NICE, 2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng108>. Acesso em 13/12/2022.
- (155) Akther SF, Molyneaux E, Stuart R, Johnson S, Simpson A, Oram S. Patients' experiences of assessment and detention under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis. *BJPsych Open*. 2019 May;5(3):e37.
- (156) Giacco D, Mavromara L, Gamblen J, Conneely M, Priebe S. Shared decision-making with involuntary hospital patients: a qualitative study of barriers and facilitators. *BJPsych Open*. 2018 May;4(3):113-8.
- (157) Mezey G, Youngman H, Kretschmar I, White S. Stigma and discrimination in mentally disordered offender patients—A comparison with a non-forensic population. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2016 Jul 3;27(4):517-29.

- (158) Kennedy HG. Models of care in forensic psychiatry. *BJPsych Advances*. 2022 Jan;28(1):46-59.
- (159) de Brito ES, Ventura CAA. Involuntary psychiatric admission: comparative study of mental health legislation in Brazil and in England/Wales. *International journal of law and psychiatry*. 2019; 64, 184-197.
- (160) Hirsch S, Steinert T. Measures to avoid coercion in psychiatry and their efficacy. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2019 May;116(19):336.
- (161) Gooding P, McSherry B, Roper C. Preventing and reducing 'coercion' in mental health services: an international scoping review of English-language studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2020 Jul;142(1):27-39.
- (162) Aasland OG, Husum TL, Førde R, Pedersen R. Between authoritarian and dialogical approaches: attitudes and opinions on coercion among professionals in mental health and addiction care in Norway. *International journal of law and psychiatry*. 2018 Mar 1; 57:106-12.
- (163) Ahonen L, Loeber R, Brent DA. The association between serious mental health problems and violence: Some common assumptions and misconceptions. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2019 Dec;20(5):613-25.
- (164) Mahler L, Mielau J, Heinz A, Wullschlegler A. Same, same but different: how the interplay of legal procedures and structural factors can influence the use of coercion. *Frontiers in Psychiatry*. 2019 Apr 24; 10:249.
- (165) Guilloud SD. The right to liberty of persons with psychosocial disabilities at the United Nations: A tale of two interpretations. *International journal of law and psychiatry*. 2019 Sep 1; 66:101497.
- (166) United Nations. Working Group on Arbitrary Detention. Guideline 20 - Specific measures for persons with disabilities. In: *Basic Principles and Guidelines on Remedies and Procedures on the Right of Anyone Deprived of His or Her Liberty by Arrest or Detention to Bring Proceedings Before Court*. A/HRC/30/37. 2015:23-5.
- (167) United Nations. OHCHR. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities on her mission to the Republic of Moldova. February 2, 2016
- (168) United Nations. High Commissioner for Human Rights. United Nations. Human Rights Committee. General Comment No. 35 - Article 9: Liberty and Security of Person. CCPR/C/GC/35. 2014.
- (169) United Nations. Human Rights Council. Resolution on Mental Health and Human Rights. A/HRC/36/L.25. 2017.
- (170) United Nations. Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Approach of the Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment regarding the rights of persons institutionalized and treated medically without informed consent. CAT/OP/27/2. 2016.
- (171) United Nations. Committee Against Torture Concluding observations on the third periodic report of Lithuania. 2014.
- (172) United Nations. Committee Against Torture. Concluding observations on the third periodic report of Republic of Moldova (2017).
- (173) United Nations. OHCHR. Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities to the 40th session of the Human Rights Council (2019).

- (174) Gill NS, Amos A, Muhsen H, Hatton J, Ekanayake C, Kisely S. Measuring the impact of revised mental health legislation on human rights in Queensland, Australia. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2020 Nov 1; 73:101634.
- (175) Ryan CJ. Is legislative reform translating into recovery-orientated practice and better protection of rights? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2019 May;53(5):382-3.
- (176) Stastny P, Lovell A M, Hannah J, Goulart D, Vasquez A, O'callaghan S, Pūras D. Crisis response as a human rights flashpoint: Critical elements of community support for individuals experiencing significant emotional distress. *Health and Human Rights*.2020; 22(1), 105-119.
- (177) Hunter N. *Trauma and madness in mental health services*. Springer. 2018 Jun 20.
- (178) Von Peter S, Aderhold V, Cubellis L, Bergström T, Stastny P, Seikkula J, Puras D. Open dialogue as a human rights-aligned approach. *Frontiers in Psychiatry*. 2019; 387, 1-6.
- (179) Ray I, Simpson AI. Shared risk formulation in forensic psychiatry. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*.2019; 47(1), 22-28.
- (180) Brunnberg E, Nilsson T, Berge M. Towards better understanding and practice of human rights in forensic psychiatric care. *International Journal of Mental Health Systems*.2020; 14(1), 1-10.
- (181) Doyle M, Gray, NS, Taylor J. Towards a framework for a structured professional judgment approach for forensic risk assessment. *The British Journal of Psychiatry*.2022; 221(1), 16-24.
- (182) Sweeney A, Matthews F, Fahmy S, Daffern M. Risk communication in forensic mental health: Systematic narrative review and expert consultations informing the CoRisk-Communication Framework. *International Journal of Forensic Mental Health*. 2021; 1-17.
- (183) Bartos MSH. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma reflexão sob a ótica da intersetorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2023 Apr;28(4):1131–8.
- (184) Brasil. Portaria Interministerial n. 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- (185) Gomes Oliveira de Carvalho N. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: Uma análise sobre a evolução normativa. *Cad Ibero Am Direito Sanit (Impr)*. 2017.112–29.
- (186) Melgaço AM, Torres RH. Política Nacional de Atenção Integral à saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP): uma análise do seu processo de implementação no contexto atual do sistema prisional paranaense. *Revista do Legislativo Paranaense*. 2020.
- (187) Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP). *A Visão do Ministério Público sobre o Sistema Prisional brasileiro / Conselho Nacional do Ministério Público*. – Vol. IV. Brasília: CNMP, 2020.
- (188) Brasil. Portaria n. 1325, de 18 de maio de 2020. Revoga o Capítulo III, do Anexo XVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata do "Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei", no âmbito da Política Nacional de Atenção às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.

- (189) Oliveira LV e, Salvador PTC de O, Costa GMC, Neves R da F, Freitas CHS de M. Assistência às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei: perspectiva de gestores e profissionais de saúde Abstract . Physis [Internet]. 2023;33:e33029.
- (190) Oliveira LV, Coelho AA, Uchôa SA, Salvador PT, Freitas CH. Modelo lógico e matriz de critérios para avaliação da assistência à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021 Nov 26;26:5671-80.
- (191) Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Caso Damião Ximenes Lopes vs. República Federativa do Brasil. San José, Costa Rica: Corte Interamericana de Direitos Humanos, sentença proferida em 04 de julho de 2006.
- (192) Conselho Nacional de Justiça (Brasil). Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça, 2023.
- (193) Conselho Nacional de Justiça (Brasil). Caso Ximenes Lopes vs Brasil: relatório do grupo de trabalho / Conselho Nacional de Justiça; Coordenadores Luis Geraldo Sant'ana Lanfredi, Mauro Pereira Martins. – Brasília: CNJ, 2022.
- (194) Conselho Nacional de Justiça (Brasil). Resolução nº 113, de 20 de abril de 2010. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça, 2010.
- (195) Conselho Nacional de Justiça (Brasil). Recomendação nº 35, de 27 de fevereiro de 2011. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça, 2019.
- (196) Conselho Nacional de Justiça (Brasil). Resolução nº 414, de 2 de setembro de 2021. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça, 2021.
- (197) Brasil. Decreto-lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal.
- (198) Lopes CAF, Valente MP. A força normativa das resoluções do Conselho Nacional de Justiça. *Revista Direito GV*. 2020; 16(1), 97-124.
- (199) Lisboa GA, Oliveira LC. O poder normativo do Conselho Nacional de Justiça e sua aplicação no âmbito do direito penal e processual penal. *Revista Eletrônica de Direito Processual*. 2021; 22(1), 198-219.
- (200) Medeiros FD, Silva JF. O poder normativo do Conselho Nacional de Justiça e o controle de constitucionalidade das suas resoluções. *Revista de Processo*. 2019; 44(287), 261-284.
- (201) Carvalho GF, Leite FC. A competência normativa do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) na área criminal: uma análise à luz da separação de poderes. *Revista de Direito Penal, Processual Penal e Criminologia*. 2020; 1(1), 147-173.
- (202) Silva GF, Gomes LM. O poder normativo do Conselho Nacional de Justiça e a sua competência para editar resoluções no âmbito penal e processual penal. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*. 2019; 27(154), 179-200.
- (203) Rangel PAC. As resoluções do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) no campo penal e processual penal. *Revista Jurídica Cesumar*. 2019; 19(2), 557-577.
- (204) Ferraz LC, Cardoso JM. As resoluções do Conselho Nacional de Justiça no âmbito criminal e processual penal. *Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM*. 2020; 15(1), 250-272.
- (205) De Ambrogi, M. REMS, a new chapter in Italian psychiatry. *The Lancet Psychiatry*. 2017; 4(8), 589-590.