

ARTIGO

Desafios e articulações necessárias para o cuidado no território de pessoas com sofrimento psíquico e em conflito com a lei: o papel das equipes conectoras (EAPS)

Challenges and necessary coordination for the care of people with mental health problems and in conflict with the law in the territory: the role of connecting teams (EAPS)

Kátia Paiva^I, Alina Zoqui de Freitas Cayres^{II}, Maria Alice Saccani Scardoelli^{III}, Raquel Cleide da Mota Carvalho^{IV}

Resumo

O artigo apresenta breve histórico sobre a forma em que eram encaminhados os casos de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei em unidades híbridas ao sistema prisional, antigamente denominado manicômio judiciário, hoje conhecidos como hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTPs). O estado de São Paulo possui três dessas unidades com cerca de 1.000 casos, e encontra-se em transição do modelo assistencial para as diretrizes preconizadas pela Resolução CNJ 487, que reorienta a condução do cuidado dessa população às redes públicas assistenciais, como o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Entre os dispositivos fundamentais estão as equipes conectoras (EAPs), que têm o papel de apoio ao processo de desinstitucionalização dos HCTPs, assegurando o acesso ao cuidado e com a garantia de direitos, atuando ainda na articulação desses casos com os serviços mais adequados dentro da interface entre o sistema de Justiça, o SUS e o SUAS. Suas atribuições incluem a realização de diagnóstico ampliado, o mapeamento e a sensibilização de gestores e trabalhadores dessas redes assistenciais para o acolhimento e acompanhamento dos casos, além de apoiar a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) em conjunto com os serviços, na lógica territorial.

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica, hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, assistência à saúde mental.

^I Kátia de Paiva (kpaiva@saude.sp.gov.br) é psicóloga, com especialização em Saúde Mental (Escola de Enfermagem da USP-SP), Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana e Gestão de Redes de Atenção à Saúde (ambas pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fiocruz). Fez formação em psicanálise pelo Instituto de Pesquisa em Psicanálise de São Paulo. Foi coordenadora de saúde mental do município de Embu das Artes e Embu Guaçu. Atualmente integra a Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) na coordenação das equipes EAPs-Desinstitucionalização. Foi apoiadora educacional do Projeto Percursos Formativos da Raps- Saúde Mental na Atenção Básica e atualmente do Projeto Nós na Rede, ambos da Fiocruz.

^{II} Alina Zoqui de Freitas Cayres (azoqui@saude.sp.gov.br) é psicóloga, mestre e doutora pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Atualmente compõe a Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) e atua como docente do curso de pós-graduação Psicoterapia de Orientação Psicanalítica da Universidade Mackenzie. Organizadora e coautora dos livros Caminhos para a Desinstitucionalização no Estado de São Paulo: Censo Psicossocial 2014 e Adolescência, Juventude & Saúde Mental.

^{III} Raquel Cleide da Mota Carvalho (raquel.cleide@saude.sp.gov.br) é assistente Social, mestre em Ensino em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Servidora pública da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, com experiência de atuação na área de álcool e drogas, saúde mental e desinstitucionalização. Integrante da EAP-Desinstitucionalização.

^{IV} Maria Alice Saccani Scardoelli (masscardoelli@saude.sp.gov.br) é médica psiquiatra, com Especialização em Administração Hospitalar e em Gestão em Serviços de Saúde. Atua como médica assistente do Programa de Esquizofrenia (PROJESQ) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). E atualmente é Coordenadora Estadual de Saúde Mental da Secretaria do Estado da Saúde.

Abstract

This article presents a brief history of how cases of people with mental disorders in conflict with the law were referred to hybrid units in the prison system, formerly called forensic hospitals and now known as psychiatric custody and treatment hospitals (HCTPs). The state of São Paulo has three of these units with approximately 1,000 cases and is in transition from a care model to the guidelines recommended by CNJ Resolution 487, which redirects the care provided to this population to public care networks such as the Unified Health System (SUS) and the Unified Social Assistance System (SUAS). One of the fundamental mechanisms is the connecting teams (EAPs), which have the role of supporting the process of deinstitutionalization of HCTPs, ensuring access to care and guaranteeing rights. They work to link these cases to the most appropriate services within the interface between the justice system, the SUS, and the SUAS. Their responsibilities include carrying out expanded diagnostics, mapping and raising awareness among managers and workers in these care networks to welcome and monitor cases, in addition to supporting the construction of Singular Therapeutic Projects (PTS) in conjunction with the services, within the territorial logic.

Keywords: Psychiatric reform, psychiatric care and custody hospital, mental health care.

Contexto histórico

Crime e loucura são temas que mobilizam o imaginário social de forma intensa e, desde sempre, foram objeto de inquietação e produção de artes e saberes. No nascimento da medicina e da psiquiatria, rapidamente tornou-se também um profícuo objeto de estudo, atrelando o conceito de periculosidade como potencial e imprevisível risco associado à loucura, o que fortaleceu sua estigmatização. Foucault, em suas obras *Pierre Riviere* (1973), *Os Anormais* (1975) e o *Poder Psiquiátrico* (1973), evoca detidamente sobre a teorização, no alienismo francês, da *monomania*. Tratava-se de grave patologia, silenciosa, de irrupção abrupta e perigosa devido à sua característica impulsiva e violenta. Poderia acometer quaisquer pessoas que teriam sinais de degenerescência constitutiva, que supostamente eram herdados, devido às suas origens sociais. Eclodiu toda a sorte de preconceitos, disseminados amplamente com as campanhas equivocadas realizadas já num segundo momento histórico, quando o movimento higienista difundiu esse ideário. Até os dias atuais, presenciamos os efeitos deletérios dessa estigmatização em relação às pessoas acometidas por um transtorno mental¹⁻⁴.

Uma subespecialidade da psiquiatria, denominada forense, se dedicou a esse tema da doença mental que culmina concretamente no crime, adotando como referência o princípio da periculosidade. Todo um complexo jurídico-tutelar foi estruturado em torno desse assunto no campo da Justiça e da Segurança, com o Direito Penal, que legisla a partir de um código de lei com um conjunto de regras criado para os casos com essa característica. No Brasil, tais casos, se julgados inimputáveis (sem condições de responder por suas ações) ou semi-imputáveis (com condições parciais para responder por suas ações), seriam destinados a um regime diferenciado de sanção, hoje denominado medida de segurança, que indica a necessidade do encaminhamento para espaço especializado, que garantisse tratamento por meio de internação, mas em segurança, na condição de privação de liberdade. Os antigos manicômios judiciais, atualmente conhecidos como Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), nasceram desse regramento⁴⁻⁷.

Até este momento, os HCTPs são unidades destinadas a receber as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Esse processo ocorre por meio da instauração do Incidente de Insanidade Mental durante processo criminal, passando por perícia médica especializada, em que se atesta a presença de transtorno mental. Isso pode tornar o caso semi-imputável ou inimputável perante a Justiça, cabendo ao juiz a opção em sentenciar pena ou medida de segurança. Nesse último caso, o da medida de segurança, é determinada a submissão a

tratamento especializado em serviços próprios a essa finalidade. O estado de São Paulo atualmente possui três Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, vinculados à Secretaria de Administração Penitenciária. Com a Resolução CNJ nº 487/2023, que preconiza a mudança dessa política, fica apontada a necessidade do fechamento desses serviços por serem considerados espaços inadequados ao que se indica hoje como cuidado em saúde mental^{5,8}.

Na política que estava vigente (nesse momento em gradativa transição), no âmbito jurídico-legal, as medidas de segurança são estipuladas para um prazo de um a três anos, sendo prorrogável por outros anos, sem limite pré-determinado, mediante avaliação de médico perito e decisão judicial para permanência da medida de segurança ou à cessação da periculosidade⁵. Aos indivíduos imputáveis, o limite da pena imposta pelo Estado é de 30 anos, com possibilidade de progressão para regime semiaberto após o cumprimento de 2/5 do tempo (nesse limite, a partir de doze anos) e redução de anos por meio da adoção de outras ações e bom comportamento. Essa prerrogativa fica em aberto no caso da medida de segurança, visto que ela não tem um prazo para a extinção. Com isso, a população dos HCTPs fica suscetível a cumprir, por medida de segurança, tempo maior que o limite imposto no caso dos imputáveis.

Conforme Diniz⁵, essa população permaneceu por anos invisível e reclusa nesses estabelecimentos e pouco se sabia sobre o seu perfil, até a realização e publicação de um censo nacional, em 2011, de sua autoria. E, de fato, foram identificados tanto alguns casos de pessoas que ultrapassaram 30 anos em medida de segurança (0,5% da população pesquisada) como, em percentual bem mais expressivo (21%), casos em que pessoas permaneceram internadas e reclusas por mais tempo do que a pena máxima em abstrato para a infração cometida (se fosse considerado no regime imputável). Possivelmente, são inúmeros os fatores que contribuem para esse cenário, desde os de cunho burocrático próprios do aparelho jurídico-penal (por exemplo, tempo de demora dos trâmites processuais) como os entraves e resistências sociais, muitas vezes recrudescidos quando influenciados por casos que tiveram grande repercussão na mídia ou na comunidade em que a pessoa vivia.

Muitas publicações apontam os problemas vividos pelas pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Além das dificuldades de se viver na condição de privação de liberdade, esta população carrega duplo estigma, o da loucura, por ter um histórico de transtorno mental atrelado ao da periculosidade, por ter cometido uma infração penal. Condição que gera alto risco de uma existência atravessada por situações de preconceito e exclusão social^{5-7, 9-13}. Na prática, a violência que foi feita por quaisquer um dos custodiados não foi diretamente dirigida à sociedade. Mas, às vezes, reverbera como se assim fosse. Essa marca, como aponta Eliane Brum¹⁴, que incita mais revanche do que de justiça, faz com que as pessoas que foram privadas de liberdade a carreguem enquanto viverem também o estigma da condenação, dificultando ou impedindo que possam reconstruir suas vidas, que certamente será atravessada por essa história, mas que não deveria deixar de aspirar a dar continuidade em suas existências, mesmo porque, perante a lei, cumpriu o que lhe foi determinado.

Pode-se ainda supor que parcela dessa população, após a extinção da medida de segurança, continuou internada em hospital psiquiátrico por anos, como prática correntemente adotada até as mudanças propostas por meio do Movimento da Reforma Psiquiátrica e da promulgação da Lei 10.216, de 2001, que dispôs sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, passando a restringir e regular internações, inibindo as de longo prazo em instituições de características asilares. Os censos psicossociais realizados nos anos 2008 e 2014 sobre internações de longo prazo (acima de um ano) no âmbito dos hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo, identificaram que parte das pessoas (por volta 5% da população, quando foi possível identificar a informação via prontuário, conforme pesquisado em 2014) era proveniente de manicômios judiciais^{15,16}.

Quanto ao perfil da população dos HCTPs, Diniz⁵ indica que se trata de população predominantemente masculina, de baixa escolaridade e com inserção precária em atividade trabalhista. Os percentuais para crimes graves, como homicídio e violência sexual, são significativos (cerca de 40% do total), porém, não são predominantes. E, desse grupo, quase metade das infrações é dirigida a algum membro da família, de forma isolada. Nos últimos anos, há uma tendência crescente de entrada de pessoas com problemas relacionados ao uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas, reflexo dos desafios contemporâneos que esse tema tem mobilizado nas políticas públicas¹³.

Diniz⁵ aponta que não há evidências científicas na literatura acadêmica que possam sustentar a ideia de periculosidade de uma pessoa vinculada a uma dada classificação psiquiátrica, tanto que o censo demonstrou que pessoas com diferentes diagnósticos cometeram infrações similares. Segundo a autora, o argumento da periculosidade está mais associado a um dispositivo de poder e de controle em disputa permanente nos campos dos saberes psiquiátricos e penais, de cunho moral e não propriamente orgânico ou penal.

Para Diniz⁵, o principal achado do Censo indica que:

“(...) não há periculosidade inerente aos diagnósticos psiquiátricos. O diagnóstico psiquiátrico não é determinante para a infração penal cometida pelo louco. O que há são indivíduos em sofrimento mental que, em algum momento da vida, por razões que não fomos capazes de identificar pela pesquisa documental em dossiês, cometem infrações penais. É possível supor que a ausência de tratamento de saúde, o abandono de redes sociais de cuidado e proteção, a carência de políticas sociais eficazes para essa população possam ser fatores desencadeantes do ato infracional.” (p.15-16)

Contudo, a autora alerta para a necessidade de se refletir sobre a questão familiar nesse processo, visto que os casos de agressão e de homicídio são cometidos predominantemente a membros da família. Para a autora: “A casa é o principal espaço de expressão da loucura com atos infracionais graves, o que acena para uma dificuldade a ser enfrentada pelas políticas assistenciais e de saúde mental que depositam na família responsabilidades pelo sucesso da desinternação do indivíduo.” (Diniz, 2013, p.16)⁵. O que pode implicar construção de estratégias de cuidado e de desinstitucionalização que considerem esse problema e condição.

Nesse censo realizado, Diniz⁵ também aponta para a inércia do modelo penal-psiquiátrico. Com elevada espera nos tramites de entrada e saída de parcela significativa de pessoas em medida de segurança, tanto de casos que talvez não precisassem estar nesse regime ou, quem sabe, cumprindo uma medida alternativa, devido ao tipo de infração cometida, de menor agravo, como de casos de extinção da medida de segurança, mas nos tramites de aguardo de saída definitiva.

Um dos principais problemas que entravam a saída das pessoas em fase de desinternação condicional ou com a extinção da medida de segurança relaciona-se ao processo de desinstitucionalização e reinserção social que, geralmente, fica atrelado às garantias de continuidade de cuidado, por meio de políticas sociais. Para a saída definitiva, é necessário que a pessoa que não tenha ou perdeu seus vínculos familiares e/ou sociais (situação comum, devido ao perfil das infrações cometidas por essa população) consiga ser inserida no território (de sua última residência ou, de acordo com outro critério, se necessário, por exemplo quando a família muda de cidade, mas deseja acolher a pessoa), garantindo acesso e acompanhamento em serviços assistenciais que ofereçam cuidado e suporte social, tal como os que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e mesmo os demais serviços do Sistema Único de Saúde, além dos serviços e programas existentes no campo da Assistência Social. E, idealmente, de demais setores, como Educação, Trabalho, Habitação, entre outros.

Há também resistências nos serviços das redes socioassistenciais, incluídos os da saúde, em que é importante ressaltar que a associação entre a prisão e a loucura inscreve uma marca que produz preconceitos e

vulnerabilidades, além do próprio desconhecimento quanto ao perfil dessa população. Somado a um contexto em que se precisa equacionar a sobrecarga dos profissionais com as demais demandas de atendimento no serviço. Ainda há muito a se desmistificar quanto a essa questão, e oferecer discussões, ferramentas e experiências que possam contemplar o acolhimento dessa população que se encontra em regime de medida de segurança.

Em virtude desse complexo cenário, o campo da Saúde tem se debruçado na elaboração de políticas públicas voltadas para a população privada de liberdade. Em 2014, foi publicada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), com o objetivo de promover garantias de acesso ao SUS, incluídas nesse grupo as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Há alguns anos, por meio das Portarias nº 94 e 95 de 2014, foram incluídas estratégias de cuidado e de desinstitucionalização elaboradas de forma mais específica ao perfil desse grupo populacional, com o objetivo de redirecionar os modelos de atenção, atendendo aos preceitos da reforma psiquiátrica¹⁷. E, recentemente, um novo planejamento urge necessário ante a Resolução CNJ 487/2023, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, e a Lei nº 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança⁸.

A Resolução CNJ 487/2023 e o trabalho de articulação das equipes conectoras como apoio às mudanças previstas no modelo assistencial

As discussões da reforma psiquiátrica, apesar de previstas em sua legislação sobre a atenção a pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, não propiciaram sua devida inclusão nas redes de cuidados. São pessoas que permaneceram em condições atravessadas sob a lógica do asilamento nos HCTPs, justificada principalmente pelo argumento da periculosidade, determinada por meio dos trâmites penais na Justiça. Esses estabelecimentos geralmente são administrados pela gestão prisional nos estados brasileiros, sob a jurisdição dos Tribunais Estaduais, e têm sido caracterizados por internações prolongadas e inadequadas dessa população, uma vez que a abordagem se mostra limitada, centrada na avaliação psiquiátrica pericial, em regime institucional fechado, com características asilares, onde ainda se opera a premissa do isolamento social pelo mote da Segurança.

Nos últimos anos, essa pauta retorna, provocada sobretudo pela publicação da Resolução CNJ 487/2023, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e inclui a indicação de prazos para o fechamento parcial e total dos HCTPs ou modelos congêneres^v. Dessa forma, foi dada a urgência de se promover políticas e práticas de desinstitucionalização, com ênfase na atenção psicossocial, e a indicação para que os encaminhamentos operem nas redes socioassistenciais das políticas públicas direcionadas à população em geral, garantindo a inclusão do cuidado às pessoas com transtornos mentais em conflito lei dentro dessas políticas^{8,18,19}.

Nesse cenário, recentemente foram incorporadas à RAPS, por meio da Portaria GM/MS nº 4.876/2024, as Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinst)¹⁷. Essa estratégia representa um avanço na promoção de um cuidado de saúde mental em liberdade, destinado a esse perfil populacional. Essa equipe tem um papel essencial no apoio, diante do processo de desinstitucionalização em estabelecimentos prisionais tais como os HCTPs, assegurando o acesso ao cuidado digno e com a garantia de direitos a essa população. Atua na articulação e redirecionamento desses casos para os serviços mais adequados dentro da interface entre o sistema de Justiça, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

^v Em alguns estados, foram criadas alas especiais de saúde dentro de penitenciárias, para os casos de internação provisória e os instaurados a medida de segurança.

Dentre suas atribuições, está a realização de diagnóstico ampliado dessas pessoas, o mapeamento e a sensibilização de gestores e trabalhadores das redes do SUS e do SUAS para o acolhimento e acompanhamento, além do apoio à construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) em conjunto com os serviços dessas redes, na lógica territorial. Nesse sentido, há a necessidade de intervir nas desigualdades e condições de vida das pessoas, que perpetuam processos excludentes ao seu redor. A partir do momento em que há o reconhecimento de cada usuário, depara-se com pessoas que têm vínculos familiares frágeis ou inexistentes. São elementos importantes para compreender qual o melhor modelo de projeto de moradia e cuidado para cada pessoa no processo de desinstitucionalização. Esse diagnóstico permite analisar se o usuário tem condições de retornar ao seu contexto familiar ou se é necessário providenciar alguma forma alternativa de moradia, sendo primordial a participação de políticas socioassistenciais do SUAS e de outros órgãos ligados ao direito da habitação ou mesmo na identificação de possíveis benefícios ou apoios suplementares que possam ser requeridos. Atualmente, tem-se adotado o termo estratégias de residencialidade para fomentar essa discussão para além da opção de vaga em residência terapêutica como a única ou exclusiva alternativa^{18,19}.

No caso do estado de São Paulo, esse trabalho tem se materializado com a estruturação de duas equipes vinculadas à Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde (ATSM/SES/SP). Elas foram organizadas para acompanhar um grupo de regiões de saúde e, por meio da estruturação de um banco de dados de pessoas que estão internadas nos HCTPs, foi selecionado um número proporcional de casos, com a indicação de um técnico de referência. Esse técnico fica responsável por acompanhar e atualizar o *status* de cada caso, seguindo alguns critérios de prioridade, tais como os casos em que a medida de segurança foi cessada, os que estão para ser cessada, aqueles que carecem de estratégia de residencialidade, entre outros.

Acrescentamos que, desde 2019 até 2024, constam nos registros internos da ATSM/SES/SP cerca 1.600 casos que foram desinternados, por volta de 1.000 deles com o processo de desinternação condicional (que indica acompanhamento ambulatorial no SUS) já concluído, e o restante, aproximadamente 600 casos, encontra-se nesse processo de desinternação com acompanhamento dos casos por meio de envio de relatórios periódicos das equipes de saúde que cuidam deles nos territórios em que vivem. Desde o início da atuação das EAPs (em 2024), há o acompanhamento mais detido de aproximadamente 300 casos/mês, de um universo de 1.000 casos que se encontram em regime de internação nos HCTPs, adotando-se os critérios acima referidos. Cerca de 350 pessoas foram desinternadas durante esse período^{VI}.

Contudo, novos casos (quase o mesmo número das saídas) continuam a entrar nos HCTPs. Isso ocorre, de um lado, porque as medidas de segurança continuarão a existir. O que está em questão na Res. CNJ 487 é o fechamento gradual dos HCTPs, com o encaminhamento e absorção gradativa dos casos nas redes socioassistenciais previstas, como a saúde, nos casos indicados para a internação ou tratamento ou tratamento ambulatorial^{VII}. Há um entendimento de que, enquanto essa porta continuar aberta, a mudança da política e da cultura não ocorrerá. Por isso, a necessidade dessa posição^{VIII}.

Porém, as medidas de segurança, assim como o critério de periculosidade, seguem sem discussão, e talvez essas pautas também precisassem estar presentes para se evitar distorções em seu uso, se consideradas simplesmente devido à presença de um transtorno mental prévio (sem outros agravantes ou atenuantes), assim como da forma como ela opera no tempo de internação. E há um quantitativo pequeno de casos que são

^{VI} O volume do trabalho e esses quantitativos por si mesmo sugerem a necessidade de ampliação dessas equipes.

^{VII} Há dois tipos de medida de segurança previstos em lei. A decisão que condiciona o acompanhamento em serviço de saúde (tratamento ambulatorial) e a outra que indica tratamento em regime de internação. Ambos dependem de perícia judicial.

^{VIII} Por outro lado, o fluxo de entrada dos casos é complexo e precisará de um tempo de compreensão e adaptação dos diferentes setores (Segurança, Justiça, Saúde Assistência Social, entre outros) envolvidos nesse processo para a sua execução.

complexos e exigem muita discussão técnica para viabilizar o melhor encaminhamento possível à pessoa, mas que pode depender de uma internação que pode se alongar mais no tempo, o que contradiz as premissas da Lei 10.216/2001, a qual indica excepcionalidade e brevidade nos casos das internações.

Nesse sentido, para o processo de desinstitucionalização, é fundamental ampliar o olhar não somente para essas questões como também para os determinantes sociais de saúde, que refletem a distribuição desigual de recursos e oportunidades na sociedade, gerando desigualdades que impactam diretamente na saúde e no direito à cidadania das pessoas. Ao mesmo tempo, é necessário incorporar os marcadores sociais da diferença como ferramentas de análise dos grupos sociais e das identidades em disputa pela inclusão, enfrentando os estigmas e os mecanismos de exclusão social, sendo este país marcado por profundas desigualdades sociorraciais.

Para a desinstitucionalização dos HCTPs há a exigência, o envolvimento e a convergência de ações estratégicas essenciais para a reorientação do modelo assistencial em saúde mental. Esse processo deve ser fundamentado no respeito aos direitos humanos, na garantia da autonomia e liberdade dos indivíduos, no enfrentamento das dinâmicas de estigmas e preconceitos e na construção de uma atenção compartilhada, voltada para as necessidades e os desejos do sujeito, por meio da diversificação das estratégias de cuidado.

Cabe lembrar que o Brasil ocupa o terceiro lugar no mundo em termos de população prisional, considerando números absolutos, evidenciando a tendência de encarceramento em massa que tem caracterizado o contexto brasileiro nas duas últimas décadas, em sua maioria, homens jovens negros e periféricos^{20,21}.

Somos produtos e produtores de uma sociedade que gera exclusões, violências e desigualdades. O campo da Saúde Coletiva, sob o prisma dos Direitos Humanos, deve tomar como desafio a busca de estratégias que possam questionar e, ao menos, minimizar os efeitos desse funcionamento. Promover espaços de visibilidade, formação de coletivos públicos que produzam reflexões críticas, na perspectiva da defesa da vida, é um dos caminhos. Oferecer estratégias de cuidado que não sejam hegemônicas, considerando a complexidade colocada em nossa sociedade, é outro. E, assim como lembra Brum¹⁴, apesar do que eventualmente essa população cometeu, senão todos, a maioria apresenta intenso sofrimento, muitos sentimentos e fragilidades, histórias de vidas complexas e difíceis. Porque, como também lembra a autora, as pessoas são ambíguas, tem nuances, possuem várias dimensões. E tentar silenciar as contradições do ser humano é negar sua humanidade. É por meio da escuta que conseguiremos abarcar as complexidades humanas do que se vive e se diz, para além do veredicto sobre uma verdade ou mentira, sobre uma pena ou medida de segurança.

Referências

1. Foucault M. Os anormais: curso no Collège de France (1975). São Paulo: Martins Fontes; 2001.
2. Foucault M, organizador. Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão. Rio de Janeiro: Graal; 2003.
3. Foucault M. O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes; 2006.
4. Costa MIS. Política de saúde mental, política de segurança: manicômio judiciário, entre o hospital psiquiátrico e a prisão [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2009. 174p.
5. Diniz D. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011. Brasília: Letras Livres; 2013.
6. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP. Transtorno mental e perda de liberdade. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2013a.
7. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP. Medida de segurança: uma questão de saúde e ética. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2013b.

8. Brasil. Resolução no. 487, de 15 de fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001 no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Conselho Nacional de Justiça. 24 Feb 2023a.
9. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 9 abr 2001. Brasília: Ministério Público Federal; 2011.
10. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP. Hospital de custódia: prisão sem tratamento: fiscalização das instituições de custódia e tratamento psiquiátrico do Estado de São Paulo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2014.
11. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Relatório de visita ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “Professor André Teixeira Lima – HCTP I” de Franco da Rocha. São Paulo. Brasília: Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; 2015.
12. Kolker T. Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no contexto da reforma psiquiátrica: realidades evidenciadas pelas inspeções e alternativas possíveis. In: Venturini E, Mattos V, Oliveira, RT, organizadores. Louco infrator e o estigma da periculosidade. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2016. p. 204-230.
13. Pastoral Carcerária. Hospitais-Prisão: notas sobre os manicômios judiciais de São Paulo. São Paulo: Pastoral Carcerária; 2018.
14. Brum E. A academia do Oscar fez justiça ao expulsar Polanski e Cosby por crimes contra as mulheres? El País Brasil. Madrid (Espanha). 2018.
15. Barros S, Bichaff R, organizadoras. Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2008.
16. Cayres AZF, Ribeiro MC, Elias R, Coutinho, RA, organizadoras. Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2015.
17. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 4.876, de 18 de julho de 2024. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei - EAP-Desinst, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. 19 jul 2024; Seção 1:75.
18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. Legislação em Saúde no Sistema Prisional. Brasília (DF); 2014.
19. Brasil. Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2023b.
20. Magno PFC. Periculosidade em xeque: uma análise dos arranjos institucionais e antimanicomiais provocados pela defensoria pública na interação entre política pública penal e de saúde mental. In: Anais do IV Congresso Internacional em Saúde Mental - Rede de Atenção Psicossocial e Intersetorialidade; 2017.
21. Magno PC, Carvalho LF. Por uma detração compensatória enquanto dispositivo de uma política criminal redutora de danos. Revista Brasileira de Políticas Públicas. 2023 13 (1): 130-158.