



27719843



08016.009620/2023-41



Ministério da Justiça e Segurança Pública
Secretaria Nacional de Políticas Penais
Coordenação de Saúde da SENAPPEN

NOTA TÉCNICA Nº 28/2024/COS/CGCAP/DIRPP/SENAPPEN/MJ**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 08016.009620/2023-41****INTERESSADO: Coordenação Nacional de Saúde****1. APRESENTAÇÃO**

1.1. Trata-se de Nota Técnica elaborada pela Coordenação Nacional de Saúde, vinculada à Diretoria de Políticas Penitenciárias, da Secretaria Nacional de Políticas Penais, com objetivo de recomendar aos órgãos estaduais de administração penitenciária procedimentos e atenção às pessoas com transtornos mentais custodiadas no sistema prisional. As recomendações apresentadas a seguir são baseadas na Constituição Federal, especialmente no princípio da dignidade humana; e nos princípios de saúde descritos na Lei 10.216/2001, publicada em 6 de abril de 2001, conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica”, que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, entre outros marcos legais.

2. DA JUSTIFICATIVA

2.1. A Reforma Psiquiátrica, mais especificamente por meio da Lei 10.216/2001, marca o fechamento gradual de hospícios e manicômios no Brasil. A partir desta legislação, o país estabelece os direitos das pessoas com transtorno mental e cria diretrizes para tratamentos adequados.

2.2. Em seu art. 1º, a Lei determina que toda pessoa diagnosticada com transtorno mental tem seus direitos garantido, sem discriminação por cor, idade, recursos econômicos, gravidade de seu transtorno ou outros aspectos. E o art. 2º estabelece quais são esses direitos, sendo alguns deles:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

2.3. O art. 3º indica que o desenvolvimento da política de saúde mental, bem como a assistência e a promoção de ações de saúde são de responsabilidade do Estado. A participação da sociedade e dos familiares é recomendada.

2.4. No art. 4º, a Lei define que **a medida de internação, em qualquer modalidade, será indicada quando recursos extra-hospitalares forem insuficientes**. Isso porque o tratamento tem a finalidade de reinserir o paciente em seu meio social. Nesse sentido, **a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, que não assegurem seus direitos, é proibida**.

2.5. No contexto do sistema penitenciário, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) instituiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, a partir da Resolução nº 487, publicada em 27 de fevereiro de 2023. Com apoio da das orientações contidas na resolução, a Senappen compreende a importância do amplo compartilhamento das recomendações voltadas às pessoas com transtornos mentais custodiadas nas unidades federativas.

3. DAS REFERÊNCIAS

3.1. Historicamente, muitas pessoas com transtornos mentais foram submetidas a violações em contextos de exclusão e aprisionamento. Nesse sentido, a luta antimanicomial pode ser entendida como um movimento pela efetivação dos direitos das pessoas com transtorno mental.

3.2. Especificamente no campo das políticas penitenciárias, há uma série de marcos legais que abordam a mudança do modelo de internação para o modelo de cuidado em meio aberto, de base territorial.

3.3. Esse modelo, em geral, deve ofertar assistência em saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios a universalidade, equidade, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e participação social. Dentre os normativos sobre o cuidado em meio aberto, destacam-se:

- a) Portaria MS nº 106, de 11/02/2000, que criou “os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais”;
- b) Lei Federal nº 10.216, de 06/04/2001, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”;
- c) Lei Federal nº 10.708, de 31/07/2003, que “Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações”;
- d) Resolução CNPCP nº 5, de 04/05/2004, que “Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001”;
- e) Resolução CNPCP nº 4, de 30/07/2010, que “Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança”;
- f) Recomendação CNJ nº 35, de 12/07/2011, que “Dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança”,[20] com recomendação para que, na execução da medida de segurança, sejam adotadas políticas antimanicomial;
- g) Portaria MS nº 3.088, de 23/12/2011, que “Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”;
- h) Portaria MS nº 3.090, de 23/12/2011, que “Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)”;
- i) Portaria MS nº 94, de 14/01/2014, que “Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”;
- j) Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH-3/2010, o qual propõe, na Diretriz 16, objetivo estratégico III, as seguintes ações programáticas para o “Tratamento adequado de pessoas com transtornos mentais”.

4. MEDIDA DE SEGURANÇA, DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E REDES DE ATENÇÃO

4.1. Conforme o Código Penal, a medida de segurança é atribuída ao agente considerado imputável e semi-imputável:

Inimputáveis

Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. [\(Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984\)](#)

Imposição da medida de segurança para inimputável

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial. [\(Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984\)](#)

4.2. Nessa toada, a Lei de Execução Penal coloca os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) como estabelecimentos penais destinados às pessoas inimputáveis e semi-imputáveis em medida de segurança, conforme seu artigo 101:

Art. 99. O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no [artigo 26 e seu parágrafo único do Código Penal](#).

Art. 101. O tratamento ambulatorial, previsto no [artigo 97, segunda parte, do Código Penal](#), será realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou em outro local com dependência médica adequada.

(BRASIL, 1940)

4.3. Ocorre que a permanência dessas pessoas em medida de segurança em HCTPs ou tratamento ambulatorial em estabelecimentos penais não atendem às diretrizes da atenção psicossocial, que preconizam o atendimento especializado em saúde mental e o cuidado em meio aberto e no território, articulado com outras Redes de Atenção, como Atenção Primária à Saúde, Urgências e Emergências, Residencial de Caráter Transitório, Hospitalar, Especializada e Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação. A articulação dessas diversas Redes de Atenção em Saúde, composta por seus serviços, ocorre em razão da complexidade de atender no campo da saúde mental, buscando o cuidado integral e longitudinal ao sujeito.

4.4. Por essa lógica, a permanência do HCTP diverge dos marcos legais nacionais que determinam a extinção de instituições asilares, por considerar que existem outros serviços de tratamento e cuidado destinados para atender pessoas com transtorno mental.

4.5. Nessa discussão, a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF) elaborou Parecer sobre as implicações da medida de segurança em HCTP, vejamos:

A medida de segurança, pautada pelo critério de periculosidade do agente, aplica-se, em primeiro lugar, àquele que no momento da ação ou omissão seja absolutamente incapaz de compreender a ilicitude do seu ato ou de se comportar de outra forma em virtude de transtorno mental (compreendido em sentido amplo, o que engloba o “desenvolvimento mental retardado”) (art. 26, caput do CP). Em segundo lugar, a medida de segurança também pode ser imposta à pessoa considerada semi-imputável, ou seja, àquela cuja compreensão acerca do seu ato é parcial, relativa, o que lhe possibilita agir diferentemente do comportamento adotado (art. 26, parágrafo único do CP). A medida de segurança pode, por fim, ser aplicada ao indivíduo capaz que é condenado pela prática de um crime e, durante o cumprimento da pena, apresenta um transtorno mental.

A problemática da aplicação da medida de segurança envolve, portanto, uma questão de atenção psicossocial - o tratamento a ser dado à pessoa com transtorno mental que represente perigo para si e para outrem (toda a coletividade) - e outra atinente ao direito penal e à segurança pública - punição do mal causado e manutenção da ordem e da paz social. Uma vez configurada a inimputabilidade do agente, o juiz o absolve aplicando-lhe, contudo, uma medida (e não pena, que só pode ser imposta ao imputável ou ao semi-imputável), que é a medida de segurança.

Se o agente é absolutamente incapaz, em virtude de apresentar um transtorno mental e tenha praticado um crime apenado com reclusão, cumpre a medida de segurança em HCTP. O condenado cujo transtorno mental manifesta-se no curso da execução da pena privativa de liberdade também é internado no HCTP, seja em razão da conversão da pena em medida de segurança (art. 183 da LEP), seja porque o juiz assim o tenha determinado (art. 108 da LEP) (MIRABETE, 2000, p. 261). É a denominada medida de segurança detentiva. Entretanto, se o crime praticado for apenado com detenção, a medida de segurança adotada pode ser o tratamento ambulatorial, a ser realizado no HCTP, conforme dispõe o art. 97 do CP, devendo o agente comparecer em dias pré-estabelecidos para receber o devido tratamento (art. 101 da LEP). Trata-se de medida de segurança restritiva. Essas são as duas únicas modalidades de serviços em atenção psicossocial à disposição daquelas pessoas com transtornos mentais que praticam um ato criminoso.

O cumprimento de medida de segurança em HCTP pressupõe a internação, o que implica em privação da liberdade por parte da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Em se tratando de semi-imputável, ou seja, de um indivíduo que tem capacidade reduzida de compreender a ilicitude do seu ato ou de determinar-se, o juiz pode optar entre a aplicação da pena ou a medida de segurança, como possibilita o sistema vicariante. Caso a sanção escolhida seja a medida de segurança, o agente deve cumpri-la por meio de tratamento ambulatorial, em conformidade com as mais recentes formas de assistência e tratamento em atenção psicossocial.

O prazo mínimo para realizar o tratamento na forma de medida de segurança, quer detentiva, quer restritiva, varia entre um e três anos. Após esse período, se ainda persistir a periculosidade do agente, a medida de segurança passa a ser por prazo indeterminado (art. 97, § 1º do CP) (MPF/PFDC, 2011, pp. 45-47).

(Grifo nosso)

4.6. Evidencia-se, portanto, a dualidade do HCTP considerado um espaço de tratamento, mas que não integra o Sistema Único de Saúde (SUS), voltado à atenção psicossocial e inserção do sujeito em seu território. Nessa mesma lógica, a Resolução nº 04/2010, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), estabeleceu o prazo de 10 anos para a substituição integral do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança para o modelo antimanicomial, apontando o Programa de Volta para Casa, vinculado ao Ministério da Saúde, como estratégia para acolhimento dessas pessoas em medidas de segurança oriundas do HCTP e de outros estabelecimentos penais.

4.7. Dado entendimento e recomendação do CNPCP, a resolução supra está em consonância com a Lei nº 10.216/2001 ao compreender que o HCTP não é regido pelos princípios do SUS, mas pelo da Execução Penal. De forma que, o atendimento psicossocial como orientado e realizado pelo SUS, tem como princípios a universalidade, equidade, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e participação social (MPF/PFDC, 2011, p. 68).

4.8. Mais recentemente, o Conselho Nacional de Justiça publicou a Resolução nº 487/2023, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para o tratamento das pessoas com transtorno mental ou outra forma de deficiência psicossocial, levando-se em consideração a avaliação multidisciplinar da equipe de saúde da atenção prisional, da equipe conectora e das equipes que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (Raps).

4.9. A referida Resolução trouxe marcadores importantes ao pautar o processo de desinstitucionalização de pessoas em HCTPs e outras unidade penais, estabelecer o encaminhamento aos serviços da Raps, e também quando reitera que a internação da pessoa em medida de segurança será em caráter excepcional:

Art. 12. A medida de tratamento ambulatorial será priorizada em detrimento da medida de internação e será acompanhada pela autoridade judicial a partir de fluxos estabelecidos entre o Poder Judiciário e a Raps, com o auxílio da equipe multidisciplinar do juízo, evitando-se a imposição do ônus de comprovação do tratamento à pessoa com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial.

Art. 13. A imposição de medida de segurança de internação ou de internação provisória ocorrerá em hipóteses absolutamente **excepcionais**, quando não cabíveis ou suficientes outras medidas cautelares diversas da prisão e quando compreendidas como recurso terapêutico momentaneamente adequado no âmbito do PTS, enquanto necessárias ao restabelecimento da saúde da pessoa, desde que prescritas por equipe de saúde da Raps.

A internação, nas hipóteses referidas no caput, será cumprida em leito de saúde mental em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde referenciado pelo Caps da Raps, cabendo ao Poder Judiciário atuar para que nenhuma pessoa com transtorno mental seja colocada ou mantida em unidade prisional, ainda que em enfermaria, ou seja submetida à internação em instituições com características asilares, como os HCTPs ou equipamentos congêneres, assim entendidas aquelas sem condições de proporcionar assistência integral à saúde da pessoa ou de possibilitar o exercício dos direitos previstos no art. 2º da Lei n. 10.216/2001.

(BRASIL, 2023)

4.10. O CNJ também estabelece prazo para interdição parcial e, posteriormente, fechamento total dos HCTPs, alas e instituições que se destinam a custódia de pessoas em medidas de segurança, com a elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS) de todos os pacientes em medidas de segurança e encaminhamento à reabilitação psicossocial em meio aberto.

4.11. A Resolução nº 487 do CNJ também estabeleceu a criação dos Comitês Estaduais Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial (CEIMPA), que contará com representantes das secretarias de administração penitenciária, das varas de Execução Penal, da Rede de Atenção Psicossocial, da Assistência Social, do Ministério Público, da Defensoria Pública e de outros atores pertinentes ao processo de desinstitucionalização.

4.12. Para o encaminhamento das pessoas desinstitucionalizadas, prevê-se a atuação das Equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis às Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), que consistem em equipes multidisciplinares que acompanham o tratamento durante todas as fases do procedimento criminal. As equipes possuem o objetivo de apoiar ações destinadas ao cuidado com as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, intermediando o acesso na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e na Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Realizam ainda interface com o poder judiciário e os serviços penais visando o apoio e subsídio nos processos permaneces de desinstitucionalização.

4.13. Neste sentido, o Ministério da Saúde atualizou o normativo que estabelece regras para registro da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-DESINST) por meio da Portaria SAES/MS nº 2.070, publicada em 4 de setembro de 2024. Este normativo estabelece que as EAPS-DESINST devem ter caráter interdisciplinar e ser composta por pelo menos 05 profissionais de saúde. Além disso, é imprescindível que as EAP-DESINST estejam em articulação com as Redes de Atenção Psicossocial e da Atenção Primária no SUS, em que o sujeito é tratado em meio aberto, em seu território, privilegiando sua inserção no meio social com autonomia. Outros serviços de saúde também podem ser instados, como: o Programa de Volta para Casa, Serviços de Residência Terapêutica (SRT), o Consultório na Rua, entre outros.

4.14. Para além do atendimento e acompanhamento nos serviços de saúde, é necessário a articulação com a política de proteção social, por meio do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), que são voltados para pessoas em vulnerabilidade e risco social, fragilidades dos vínculos familiares, situações de violência e outros aspectos que a tornem vulnerável.

4.15. O SUAS operacionaliza a Política Nacional de Assistência Social sendo constituído de diversos serviços e benefícios sociais. Assim, temos a [Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais](#), organizado por níveis de complexidade:

I - Serviços de Proteção Social Básica: a) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); b) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; c) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos.

II - Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade: a) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); b) Serviço Especializado em Abordagem Social; c) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de liberdade Assistida (LA), e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); d) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias; e) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

III - Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade: a) Serviço de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades: - abrigo institucional; - Casa-Lar; - Casa de Passagem; - Residência Inclusiva. b) Serviço de Acolhimento em República; c) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; d) Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.

(BRASIL, 2014)

4.16. Para endossar o apoio socioassistencial à Política, o Conselho Nacional de Assistência Social emitiu a Resolução CNAS/MDS nº 166, de 18 de setembro de 2024, que dispõe sobre os parâmetros nacionais para atuação da Política Pública de Assistência Social no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no atendimento às pessoas em sofrimento e/ou com transtorno mental, em processo de desinstitucionalização de alas ou instituições congêneres de custódia, tratamento psiquiátrico e para aquelas que requerem cuidados prolongados e intensivos em saúde, e suas famílias. O Conselho normatiza que o SUAS deve atuar, para com as pessoas em sofrimento e/ou com transtornos mentais, em processo de desinstitucionalização de alas ou instituições congêneres de custódia, tratamento psiquiátrico e para aquelas que requerem cuidados prolongados e intensivos em saúde.

4.17. Diante da situação de fragilidade e do rompimento de vínculos familiares, bem como da ausência de rede social das pessoas em medidas de segurança institucionalizadas, o Serviço de Proteção Especial de Alta Complexidade pode ser instado no processo de desinstitucionalização e reinserção social, o qual destina-se para pessoas em situação de rua e desabrigo por abandono, migração e ausência de residência ou pessoas em trânsito e sem condições de autossustento. Os benefícios sociais também podem ser necessários, face os impedimentos de longo prazo de natureza mental, intelectual e outras condições. Assim, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um auxílio no valor de um salário mínimo vigente para pessoas com deficiência e com mais de 65 anos, que comprovem não ter meios para prover sua subsistência e nem tê-la provida por sua família (BRASIL, 2003).

4.18. Tendo o entendimento que a reinserção social envolve outros importantes componentes na vida do sujeito, os equipamentos locais das políticas de cultura, esporte, trabalho, educação e qualificação profissional, devem ser acionados, buscando a ampliação de possibilidades de reinserção desses sujeitos, que por sinal, trazem consigo os efeitos comuns da prisionização.

5. RECOMENDAÇÕES DE PROCEDIMENTOS RELACIONADOS ÀS PESSOAS EM MEDIDA DE SEGURANÇA NO SISTEMA PRISIONAL

5.1. Diante das especificidades do público com transtorno mental em medida de segurança e com vistas ao processo de desinstitucionalização, importa recomendar aos operadores do sistema prisional que:

a) garantam a atenção integral em saúde, conforme o artigo 196 da Constituição Federal, que assegura que a saúde seja um direito de todos e um dever do Estado;

b) acionem as equipes EAP-DESINST ou, na falta dessas, as equipes de referência da RAPS do território, em face da interdição, ainda que parcial, dos HCTPS e alas congêneres de medidas de segurança, para garantir o cuidado integrado e contínuo das pessoas com transtornos mentais;

c) orientem as equipes de saúde prisional e psicossocial a manter sempre atualizados os prontuários e demais documentos das pessoas custodiadas, acompanhando e registrando os tratamentos e ajustes necessários; prescrições de medicações; alterações nos quadros clínicos; comorbidades; encaminhamentos para exames e consultas; orientações sobre riscos e benefícios, bem como todos os procedimentos e intervenções realizados;

d) apoiem, por meio das equipes de saúde prisional e psicossocial, as equipes EAP-DESINST, quando houver, e demais equipes de saúde extramuros na construção do Projeto Terapêutico Singular;

e) articulem junto ao setor psicossocial da unidade penal a checagem de documentação civil dos sujeitos (idealmente: RG, CPF e cartão SUS) e, na ausência desses documentos, providenciar a imediata retirada deles, de modo que, ao sair do estabelecimento todos os custodiados estejam portando seus documentos civis. O acesso a serviços, políticas públicas e a vida em sociedade requer a disponibilidade de seus documentos pessoais.

f) providenciem junto ao setor psicossocial da unidade penal o contato com os familiares e outras relações pessoais existentes, para comunicá-los sobre o processo de desinstitucionalização e como ocorrerá - o encaminhamento dessa pessoa para redes de atendimento, a equipe de saúde responsável pelo seu acompanhamento e o tratamento que deverá estar previsto em seu PTS.

g) articulem e acompanhem, por meio das equipes de saúde e psicossocial das unidades penais, o recebimento dessas pessoas pelos equipamentos da Raps e do serviço socioassistencial local e de outros serviços, em parceria com a equipe EAP-DESINST e equipe conectora, nos casos de ausência de vínculos familiares e de suporte social. Tal medida é importante na tentativa de evitar maior aprofundamento de vulnerabilidades sociais.

h) evitem o uso de algemas, se houver transporte/escolta de pessoas em medidas de segurança em processo de desinstitucionalização para o novo local que irá recebê-la. A Súmula Vinculante 11 do STF determina a utilização de algemas "em três situações, a saber: (i) quando há fundado receio de fuga, (ii) quando há resistência à prisão ou (iii) quando há risco à integridade física do próprio acusado ou de terceiros (e.g., magistrados ou autoridades policiais). Mais que isso, é dever do agente apresentar, posteriormente, por escrito, as razões que o levaram a proceder à utilização das algemas. Do contrário, haverá a responsabilização tanto do agente que efetuou a prisão (criminal, civil e disciplinar) quanto do Estado, bem como a decretação de nulidade da prisão e/ou dos atos processuais referentes à constrição ilegal da liberdade ambulatorial do indivíduo" (STF, 2012).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1. Visto o importante processo de desinstitucionalização das pessoas que cumprem medida de segurança e outras condições abarcadas pela Resolução nº 487 do CNJ, a Execução Penal possui importante papel nessa etapa, na colaboração, na participação, nos encaminhamentos e no fechamento das instituições que antes custodiavam pessoas em medidas de segurança, de modo que, os procedimentos colocados no item 5.1 orientam na cooperação responsiva e cuidadora pelos operadores da execução penal.

6.2. Compreende-se que as orientações colocadas neste documento não esgotam em si, mas servem para orientar o processo de desinstitucionalização, haja vista que outras estratégias e articulações devam surgir nas práticas de trabalho das equipes envolvidas, na medida em que o processo de desinstitucionalização ocorra.

6.3. Por fim, sob o princípio da dignidade humana que se fundamenta o Estado brasileiro, previsto no artigo 1º da Constituição Federal, o processo de desinstitucionalização aqui tratado vai ao encontro do reconhecimento ao valor intrínseco do ser humano, e como tal, deverá ser recepcionado e apoiado pelos órgãos de administração penitenciária.



Documento assinado eletronicamente por **Sara Maria Baptista Reis, Coordenador(a) de Saúde**, em 03/10/2024, às 15:19, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <http://sei.autentica.mj.gov.br> informando o código verificador **27719843** e o código CRC **69303C76**. O trâmite deste documento pode ser acompanhado pelo site <http://www.justica.gov.br/acesso-a-sistemas/protocolo> e tem validade de prova de registro de protocolo no Ministério da Justiça e Segurança Pública.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União. Disponível em: Acesso em: 30 de abril de 2024.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União. Disponível em: . Acesso em: 16 mai. 2019. O referido código dispõe sobre a medida de segurança nos artigos 96 a 99. Já a questão referente à “insanidade mental do acusado” está disposta nos artigos 149 a 154 do Código de Processo Penal. Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Diário Oficial da União. Disponível em: . Acesso em: 30 de abril de 2024.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei n. 10.216/2001. Brasília: Ministério Público Federal, edição revista e corrigida, 2011. Também disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saudemental/docs-publicacoes/parecer_medidas_seguranca_web.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Disponível em: . Acesso em: 02 de maio de 2024.

BRASIL. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3). Brasília: SEDH/PR, 2010.

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. Disponível em: . Acesso em: 30 de abril de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Disponível em: . Acesso em: 30 de abril de 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 487 de 15 de fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf> . Acesso em: 30 de abril de 2024.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em 02 de maio de 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf. Acesso em 02 de maio de 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Resolução CNAS/MDS Nº 166, de 18 de setembro de 2024. Disponível em: https://7f9ee646-2885-415a-bfa4-9e608360171d.usrfiles.com/ugd/7f9ee6_dada55ee3a044eac89ba119e03c68657.pdf