

Comitê Nacional Interinstitucional de Implementação e Monitoramento da Política
Antimanicomial do Poder Judiciário em interface com as políticas sociais
CONIMPA



POLÍTICA ANTIMANICOMIAL do Poder Judiciário

PROTOCOLO INTERINSTITUCIONAL



FAZENDO
JUSTIÇA



CNJ CONSELHO
NACIONAL
DE JUSTIÇA

Comitê Nacional Interinstitucional de Implementação e Monitoramento da Política
Antimanicomial do Poder Judiciário em interface com as políticas sociais
CONIMPA



POLÍTICA ANTIMANICOMIAL do Poder Judiciário

PROTOCOLO INTERINSTITUCIONAL

Conselho Nacional de Justiça (CNJ)

Ministério da Saúde (MS)

Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social,
Família e Combate à Fome (MDS)

Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP)

Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC)

Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)

Ministério da Cultura (MinC)

Brasília, setembro de 2024



CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

Presidente

Ministro Luís Roberto Barroso

Corregedor Nacional de Justiça

Ministro Mauro Campbell

Conselheiros

Ministro Guilherme Caputo Bastos

José Edivaldo Rocha Rotondano

Renata Gil de Alcantara Videira

Mônica Autran Machado Nobre

Daniela Pereira Madeira

Alexandre Teixeira de Freitas Bastos Cunha

Guilherme Guimarães Feliciano

Pablo Coutinho Barreto

João Paulo Santos Schoucair

Daiane Nogueira de Lira

Luiz Fernando Bandeira de Mello Filho

Secretária-Geral

Adriana Alves dos Santos Cruz

Secretário de Estratégia e Projetos

Gabriel da Silveira Matos

Diretor-Geral

Johaness Eck

Comitê Nacional Interinstitucional de Implementação e Monitoramento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário em interface com as políticas sociais - CONIMPA

Conselho Nacional de Justiça (CNJ)

Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP)

Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) do

Ministério Público Federal (MPF)

Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP) Ministério

da Saúde (MS)

Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e

Combate à Fome (MDS)

Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC)

Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)

Ministério da Cultura (MinC)

Ministério das Mulheres

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde

(CONASEMS)

Fórum Nacional de Secretários e Secretárias de Estado de

Assistência Social (FONSEAS)

Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência

Social (CONGEMAS)

DEPARTAMENTO DE MONITORAMENTO E FISCALIZAÇÃO DO SISTEMA CARCERÁRIO E DO SISTEMA DE EXECUÇÃO DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS - DMF

Supervisor

Conselheiro José Edivaldo Rocha Rotondano

Juiz Auxiliar da Presidência e Coordenador

Luís Geraldo Sant'Ana Lanfredi

Juízes Auxiliares da Presidência

Edinaldo César Santos Junior

João Felipe Menezes Lopes

Jônatas Andrade

Diretora Executiva

Renata Chiarinelli Laurino

Diretora Técnica

Carolina Castelo Branco Cooper

PNUD BRASIL - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

Representante-Residente

Claudio Providas

Representante-Residente Adjunto

Carlos Arboleda

Representante-residente assistente e Coordenadora da Unidade de Programa

Maristela Baioni

Coordenadora-Geral (equipe técnica)

Valdirene Daufemback

Coordenador-Adjunto (equipe técnica)

Talles Andrade de Souza

2024

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

SAF SUL Quadra 2 Lotes 5/6 - CEP: 70070-600

Endereço eletrônico: www.cnj.jus.br

FICHA TÉCNICA

Elaboração

Alyne Alvarez Silva
Ana Angélica Campelo de Albuquerque e Melo
Cristina Kavalkievicz
Daniel Adolpho Daltin Assis
Daniella Jinkings
Desiree Paes Liger
Gustavo de Aguiar Campos
Isabela Rocha Tsuji Cunha
Jamile dos Santos Carvalho
João Mendes Lima Júnior
Márcia Pádua Viana
Marden Marques Soares Filho
Mário Henrique Dittício
Melina Machado Miranda
Nara Denilse de Araujo
Natalia Ramos da Silva
Natália Vilar Pinto Ribeiro
Pollyanna Bezerra Lima Alves
Regis Aparecido Andrade Spindola
Sara Maria Baptista Reis
Shirlei Correa Rodrigues
Sonia Barros

Sistematização

Gustavo de Aguiar Campos
Natalia Ramos da Silva
Natália Vilar Pinto Ribeiro

Revisão técnica

Gustavo de Aguiar Campos
Melina Machado Miranda
Natalia Ramos da Silva
Natália Vilar Pinto Ribeiro
Pollyanna Bezerra Lima Alves

Supervisão

Luís Geraldo Sant`Ana Lanfredi
Melina Machado Miranda
Pollyanna Bezerra Lima Alves

Apoio

Conselho Federal de Psicologia (CFP)

EXPEDIENTE

SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Secretária de Comunicação Social

Giselly Siqueira

Coordenador de Multimeios

Jônathas Seixas de Oliveira

Projeto gráfico

Eron Castro

Revisão

Carmem Menezes

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Acessuas Trabalho - Programa de Promoção do Acesso ao Mundo do Trabalho

ADPF - Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental

ANR - Atitude Nas Ruas

APEC - Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada

APS - Agências da Previdência Social

AT - Acompanhante Terapêutico

ATP-EP - Alas de Tratamento Psiquiátricas em Estabelecimentos Penais

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CadÚnico - Cadastro Único

CAIS - Centros de Acesso a Direitos e Inserção Social

CAPS Ad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CDPD - Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

CEIMPAs - Comitês Estaduais Interinstitucionais de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário

Centro Pop - Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CID - Código Internacional de Doenças

CIEGES - Centro de Inteligência Estratégica para a Gestão Estadual do Sistema Único de Saúde

CIT - Comissões Intergestores Tripartite

CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social

CNDH - Conselho Nacional de Direitos Humanos

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNJ - Conselho Nacional de Justiça

CNM - Confederação Nacional dos Municípios

CNCP - Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

Conasems - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

Conass - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Congemas - Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social

CONIMPA - Comitê Nacional Interinstitucional de Implementação e Monitoramento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário em interface com as Políticas Sociais

Corte IDH - Corte Interamericana de Direitos Humanos

CPP - Código de Processo Penal

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CTER - Conselhos do Trabalho, Emprego e Renda

DMF - Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas

EAP-Desinst - Equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei

Fonseas - Fórum Nacional de Secretários de Estado de Assistência Social

GMFs - Grupos de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário

GT - Grupo de Trabalho

HCTPs - Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

HF - Housing First

IFBrM - Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado

ILPI - Serviço de Acolhimento Institucional para Pessoas idosas

LBI - Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência

LGBTQIAPN+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Queer, Intersexo, Pansexual, Não-binário

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

LSMHG - Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais

MDHC - Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania

MDS - Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome

MinC - Ministério da Cultura

MJSP - Ministério da Justiça e Segurança Pública

MROSC - Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil

MS - Ministério da Saúde (MS);

MTE - Ministério do Trabalho e Emprego

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial da Saúde

OSC - Organizações da Sociedade Civil

PAEFI - Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos

PAIF - Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família

PAS - Plano de Ações e Serviços

PBF - Programa Bolsa Família

PMQ - Programa Manuel Querino de Qualificação Social e Profissional

PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PNAS - Política Nacional de Assistência Social

PNCV - Política Nacional Cultura Viva

PNDH - Programa Nacional de Direitos Humanos

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PTS - Projeto Terapêutico Singular

PVC - Programa de Volta Para Casa

QSP - Qualificação Social e Profissional

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SAES - Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

SAIPS - Sistema de Apoio à Implementação de Política em Saúde

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SCDC - Secretaria de Cidadania e Diversidade Cultural

SCFV - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

SEADES - Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social

SAJU - Secretaria de Acesso à Justiça

SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos

SENAPPEN - Secretaria Nacional de Políticas Penais

SEPOD - Secretaria Executiva de Políticas sobre Drogas

Sine - Sistema Nacional de Emprego

SISDEPEN - Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional

SISMOB - Sistema de Monitoramento de Obras

SISNAD - Sistema Nacional de Política sobre Drogas

SNAS - Secretaria Nacional de Assistência Social

SNC - Sistema Nacional de Cultura

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

STF - Supremo Tribunal Federal

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

Suprad - Superintendência de Política sobre Drogas e Acolhimento a Grupos Vulneráveis

SUSP - Sistema Único de Segurança Pública

SUS - Sistema Único de Saúde

TED - Termo de Execução Descentralizada

TJPR - Tribunal de Justiça do Estado do Paraná

UAA - Unidades de Acolhimento Adulto

UBS - Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	11
Breve diagnóstico	16
1 Diretrizes gerais	18
1.1 Diretrizes de Cuidado e Garantia de Direitos	18
1.2 Etapas para a implementação da Política Antimanicomial	21
1.2.1 Instituição do Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário (CEIMPA)	22
1.2.2 Revisão dos processos relacionados a pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial	25
1.2.3 Elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)	26
1.2.4 Elaboração de fluxos interinstitucionais e intersetoriais	29
1.2.5 Qualificação dos processos de desinstitucionalização articulados com a rede de políticas sociais	30
1.2.6 Diagnósticos e monitoramento local da Política Antimanicomial do Poder Judiciário	31
2 Orientações ao Poder Judiciário	33
2.1 Orientações acerca da audiência de custódia	34
2.2 Orientações acerca da necessidade de tratamento em saúde mental no curso da prisão preventiva ou outras medidas cautelares e no curso da execução da pena	39
2.3 Orientações acerca da desinstitucionalização	42
2.4 Orientações acerca da não transinstitucionalização	46
3 Educação Permanente em Políticas Penais e Judiciárias, Saúde Mental e Assistência Social	48
4 Fluxos e procedimentos	50
4.1 Fluxo da audiência de custódia comentado: revisão dos fluxos desde a porta de entrada do Sistema de Justiça Criminal	51
4.2 Fluxo geral comentado: no curso da prisão preventiva ou de outra medida cautelar, na execução da pena e no processo de desinstitucionalização dos HCTPs	56

5 Orientações acerca do manejo de casos complexos	61
6 Rede de Políticas Públicas em Interface com a Política Antimanicomial do Poder Judiciário	68
6.1 Política de Saúde Mental	68
Contextualização geral da política	68
Atribuições	69
Serviços, programas e benefícios	71
Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	74
Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)	75
Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinsti) ..	76
Educação permanente	79
Normativos importantes	79
6.2 Política de Assistência Social	80
Contextualização geral da política	80
Serviços, programas e benefícios	81
Serviços e programas de Proteção Social Básica	81
Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)	81
Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV)	82
Programa Acessuas Trabalho	82
Serviços de Proteção Social Especial	83
Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade	83
Serviço de Proteção e Atendimento a Famílias e Indivíduos (PAEFI)	83
Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua	84
Serviço Especializado em Abordagem Social	84
Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade	85
Serviço de Acolhimento Institucional para Pessoas idosas (ILPI ou Casa-lar)	86
Serviço de Acolhimento Institucional para Adultos e Famílias (Abrigo ou Casa de Passagem)	86
Serviço de Acolhimento em República	86
Serviço de Acolhimento Institucional para Mulheres Vítimas de Violência	87
Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência (Residência Inclusiva)	87
Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, Programas de Transferência de Renda e Benefícios Socioassistenciais	87
Programa Bolsa Família (PBF)	88
Benefício de Prestação Continuada (BPC)	88
Benefícios Eventuais	89
Atribuições	89
Normativos importantes	92
6.3 Justiça e Segurança Pública	93
6.3.1 Secretaria Nacional de Políticas Penais (Senappen)	93

Contextualização geral da política	93
Atribuições	93
Serviços, programas e benefícios	93
Educação permanente	94
6.3.2 Secretaria Nacional de Política sobre Drogas e Gestão de Ativos (SENAD)	95
Contextualização geral da política	95
Atribuições	95
Serviços, programas e benefícios	96
Projeto "Gente no centro da política de drogas"	96
Centros de Acesso a Direitos e Inserção Social (CAIS)	97
Programa Corra pro Abraço (Governo do Estado da Bahia)	99
Programa Atitude (Governo do Estado de Pernambuco)	99
Educação permanente	100
6.4 Política de Cultura	101
Contextualização geral da política	101
Atribuições	101
Serviços, programas e benefícios	101
Normativos importantes	103
6.5 Política de Direitos Humanos e Cidadania	103
Contextualização geral da política	103
Atribuições	103
Serviços, programas e benefícios	104
Avaliação biopsicossocial	104
<i>Quality Rights</i> (Direito é Qualidade)	106
Metodologia Moradia Primeiro (<i>Housing First</i>)	107
6.6 Política de Trabalho e Emprego	108
Contextualização geral da política	108
Serviços, programas e benefícios	109
Programa Manuel Querino	109
Fundo a fundo: orientações gerais	110
Termos de colaboração pelo Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC)	110
Termo de Execução Descentralizada (TED)	111
Programa Caminho Digital – Escola do trabalhador 4.0	112
Considerações finais	113

Apresentação

O Estado Brasileiro, por meio de esforços conjuntos entre os três Poderes e a sociedade civil, consolidou, nas últimas décadas, um conjunto de normativas com vistas à **proteção e à garantia de direitos das pessoas com transtorno mental e pessoas com deficiência**. Um dos marcos desse avanço civilizatório é a promulgação da **Lei Federal n. 10.216**¹, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no país.

Entretanto, mesmo com a referida legislação e o compromisso firmado a partir da adesão à **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD)**², com sua incorporação ao ordenamento jurídico pátrio, formalmente com *status* constitucional, ainda torna-se necessário envidar esforços para a plena efetivação dos direitos das pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial, sobretudo quando estejam custodiadas, sejam investigadas, acusadas, réus ou estejam em situação de privação de liberdade, em cumprimento de pena ou de medida de segurança, em prisão domiciliar, em cumprimento de alternativas penais, monitoração eletrônica ou outras medidas em meio aberto.

O desafio de concretizar o tratamento adequado às pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial, a partir do que já dispunha o legislador, mostrou-se latente diante da sentença da **Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH) no Caso “Ximenes Lopes vs. Brasil”**, que levou à instituição, pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por meio da Portaria CNJ n. 142/2021, do Grupo de Trabalho (GT) “Caso Ximenes Lopes vs. Brasil”. Os estudos e as medidas propostas no âmbito desse GT possibilitaram a concretização de uma série de ações para a incorporação dos Parâmetros Internacionais de Direitos Humanos sobre Saúde Mental no Poder Judiciário.³

Foi nesse contexto que o CNJ, por meio da **Resolução CNJ n. 487**,⁴ de 15 de fevereiro de 2023, instituiu a **Política Antimanicomial do Poder Judiciário**, que estabelece procedimentos e

1 Brasil. Lei Federal n. 10.216, de 6 de abril de 2001, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em 18 de março de 2024.

2 Brasil. Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009, que “Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007”. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em 18 de março de 2024.

3 Conselho Nacional de Justiça. Relatório do Grupo de Trabalho Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. 2022. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2022/12/relatorio-gt-ximenes-vs-brasil.pdf>. Acesso em 03 de abril de 2024.

4 Conselho Nacional de Justiça. Resolução n. 487, de 15 de fevereiro de 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 n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança”. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4960>. Acesso em 18 de março de 2024.

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.

Ressalta-se, ademais, outros normativos que tratam sobre o tema e que serviram de **base normativa** para a edição da Resolução CNJ n. 487/2023, tais como a Convenção Contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis ou Degradantes⁵ e seu Protocolo Facultativo; a Resolução CNPCP n. 4/2010;⁶ a Resolução CNJ n. 113/2010⁷ e Recomendação CNJ n. 35/2011;⁸ a Resolução CNDH n. 08/2019;⁹ e a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei n. 13.416/2015).¹⁰

Importante mencionar que a Resolução supracitada define o **público-alvo** da política em seu art. 2.º, incluso o parágrafo único, como: pessoa com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial, aquela com algum comprometimento, impedimento ou dificuldade psíquica, intelectual ou mental, abrangidas as pessoas em sofrimento ou com transtorno mental relacionado ao uso abusivo de álcool e outras drogas, em todo o ciclo penal.

Entre os **princípios e as diretrizes** da referida Resolução (art. 3.º), destacam-se o respeito à dignidade humana, singularidade e autonomia de cada pessoa (I); o interesse exclusivo do tratamento em benefício à saúde (VI); o direito à saúde integral, privilegiando-se o cuidado em ambiente terapêutico em estabelecimentos de saúde de caráter não asilar, pelos meios menos invasivos possíveis (VII); e a articulação interinstitucional permanente do Poder Judiciário com as redes de atenção à saúde e socioassistenciais, em todas as fases do procedimento penal, mediante elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS) (IX).

Para a efetivação desses e dos demais princípios orientadores da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, torna-se necessária a contínua **articulação interinstitucional** territorial, motivo pelo qual é fomentada pela Resolução CNJ n. 487/2023 a instituição de **Comitês Estaduais Interinstitucionais de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário (CEIMPAS)**.

5 Brasil. Decreto n. 40, de 15 de fevereiro de 1991, que “Promulga a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes”. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0040.htm. Acesso em 19 de abril de 2024.

6 Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução n. 4, de 30 de julho de 2010, que “Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança”. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/pt-br/composicao/cnpcp/resolucoes/2010/resolucao-no-4-de-30-de-julho-de-2010.pdf/view>. Acesso em 19 de abril de 2024.

7 Conselho Nacional de Justiça. Resolução n. 113, de 20 de abril de 2010, que “Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências”. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/136>. Acesso em 19 de abril de 2024.

8 Conselho Nacional de Justiça. Recomendação n. 35, de 12 de julho de 2011, que “Dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança”. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/849>. Acesso em 19 de abril de 2024.

9 Conselho Nacional de Direitos Humanos. Resolução n. 08, de 14 de agosto de 2019, que “Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas”. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/Resoluon8sademental.pdf>. Acesso em 19 de abril de 2024.

10 Brasil. Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015, que “Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)”. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em 19 de abril de 2024.

O **Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário**¹¹ descreve que os CEIMPAs têm o papel de “apoiar as ações permanentes de desinstitucionalização junto às equipes conectoras ou multidisciplinares, e para pôr em curso o monitoramento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário” (CNJ, 2023, p. 107), de modo a articular em cada território atores, instituições e iniciativas que fomentem e fortaleçam a institucionalização da Política.

Seguindo essa mesma diretriz, o CNJ formou o **Comitê Nacional Interinstitucional de Implementação e Monitoramento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário em interface com as Políticas Sociais (CONIMPA)**, com a seguinte composição até o momento:

- Conselho Nacional de Justiça (CNJ);
- Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP);
- Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP) por meio da Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN) e da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos (SENAD);
- Ministério da Saúde (MS);
- Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS);
- Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC);
- Ministério do Trabalho e Emprego (MTE);
- Ministério da Cultura (MinC);
- Ministério das Mulheres;
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);
- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS);
- Fórum Nacional de Secretários de Estado de Assistência Social (FONSEAS);
- Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social (CONGEMAS);
- Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) do Ministério Público Federal (MPF).

Importante ressaltar que CONASS, CONASEMS, FONSEAS e CONGEMAS representam no CONIMPA, junto com os Ministérios de referência, as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

São **objetivos** do referido Comitê Nacional:

- (i) Acompanhar a implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, além de monitorar, avaliar e propor estratégias e ações no intuito de aperfeiçoar a execução da Política;

¹¹ Conselho Nacional de Justiça. Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário: Resolução CNJ n. 487 de 2023. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/09/digital-manual-antimanicomial.pdf>. Acesso em 18 de março de 2024.

- (ii) Promover a interlocução entre as políticas de Saúde, Assistência e Desenvolvimento Social, Educação, Cultura, Trabalho e Renda, Direitos Humanos, entre outras, para a oferta de atenção às pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial ou com demandas de sofrimento / adoecimento mental relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas em conflito com a lei, com a viabilização de acesso a direitos sociais, cuidado integral em liberdade e direito ao convívio familiar e comunitário;
- (iii) Elaborar e qualificar fluxos e demais instrumentos para a efetivação e o monitoramento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, com vistas ao encaminhamento de casos identificados em audiências de custódia; à desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial ou com demandas de sofrimento / adoecimento mental relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas em cumprimento de pena ou medida de segurança em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), em instituições congêneres ou unidades prisionais;
- (iv) Apoiar os processos de interdição parcial e total dos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico ou instituições congêneres, e atuar para a qualificação do redirecionamento do atendimento dessa demanda, na medida de suas atribuições;
- (v) Fomentar a Educação Permanente e promover eventos formativos para orientação acerca da implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário;
- (vi) Coibir por meio de orientação e monitoramento a transinstitucionalização das pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial ou com demandas de sofrimento / adoecimento mental relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas em conflito com a Lei, promovendo o cuidado em saúde em liberdade, designadamente em serviços abertos que disponham de equipe multiprofissional e interdisciplinar com expertise em manejos de saúde mental, conforme preconizado pela Lei n. 10.216/2001;
- (vii) Estabelecer fluxo interinstitucional com a proposição de Diretrizes de Cuidado e Garantia de Direitos às pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial em conflito com a Lei, de forma multiprofissional, interinstitucional e em rede; e
- (viii) Elaborar Protocolo Interinstitucional e outros documentos técnicos com vistas ao fomento, ao apoio, ao monitoramento e à qualificação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

Posta, portanto, a necessidade de articulações interinstitucionais em nível federal para a implementação e o monitoramento da Política Antimanicomial, as instâncias que compõem o CONIMPA estabelecem entre si este **Protocolo Interinstitucional**, que conta com as **Diretrizes Gerais para a implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário em interface com as Políticas Sociais** e um **levantamento de algumas das principais políticas públicas que devem compor a rede intersetorial e interinstitucional de atenção à pessoa com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial**.

Tal iniciativa **reafirma o compromisso do CNJ e dos Ministérios que subscrevem o presente Protocolo** no sentido da conjugação de esforços para a implementação responsiva e o fortalecimento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário em interface com as políticas sociais.

A partir da compreensão acerca da totalidade do sujeito, do direito à atenção integral à saúde e à inclusão social, da necessidade do cuidado em liberdade, da maior vulnerabilização de certos grupos à criminalização e à segregação e dos **determinantes sociais da saúde** – entendidos como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população –, é que este documento se alinha aos normativos nacionais e internacionais sobre o tema.

Estigma, discriminação e violações de direitos humanos contra pessoas com problemas de saúde mental são comuns em comunidades e sistemas de atenção em todos os lugares; 20 países ainda criminalizam a tentativa de suicídio. Em todos os países, são as pessoas mais pobres e desfavorecidas que correm maior risco de problemas de saúde mental e que também são as menos propensas a receber serviços adequados.¹²

Nesse sentido, é oportuno resgatar o destaque da **Organização Mundial da Saúde (OMS)** sobre a necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção. Divulgado em 17 de junho de 2022, o Relatório da OMS intitulado *“World mental health report: Transforming mental health for all”*, considerada a maior revisão mundial sobre saúde mental desde a virada do século, conclama “todos os países a acelerarem a implementação do Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013–2030”. Apresenta também (grifo nosso) “recomendações de ação, agrupadas em três ‘caminhos para a transformação’, que se concentram na **mudança de atitudes em relação à saúde mental**, abordando os riscos e fortalecendo os sistemas de atenção”. Salienta-se o excerto abaixo, com grifos nossos:

Reforçar a atenção à saúde mental mudando os lugares, modalidades e pessoas que oferecem e recebem os serviços. Por exemplo:

Estabelecer redes comunitárias de serviços interconectados que se afastem dos cuidados de custódia em hospitais psiquiátricos e cubram um amplo espectro de atenção e apoio por meio de uma combinação de serviços de saúde mental integrados à atenção geral de saúde; serviços comunitários de saúde mental; e **serviços para além do setor da saúde**.

Assim, este **Protocolo Interinstitucional** tem como **objetivo** conjugar esforços necessários para a adequada execução e qualificação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário nos territórios, estabelecendo orientações e marcos comuns entre as políticas setoriais e o Poder Judiciário na atenção integral e na garantia de direitos das pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial, em alinhamento com os normativos domésticos e internacionais acerca da temática.

¹² Organização Mundial da Saúde. Informe Mundial de Salud Mental: Transformar la salud mental para todos. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>. Acesso em 23 de abril de 2024.

Trata-se, portanto, de iniciativa fundamental para a articulação intersetorial e interinstitucional, que busca estabelecer parâmetros desde a porta de entrada do Sistema de Justiça Criminal até a desinstitucionalização do público abrangido pela política em questão, e se direciona para os diversos atores da rede: magistrados e magistradas, promotores e promotoras de justiça, defensores e defensoras públicos, gestores e gestoras e técnicos e técnicas das instituições, das varas, dos cartórios, do sistema prisional, das diferentes Secretarias Estaduais e Municipais das políticas de Saúde, Assistência Social e demais políticas setoriais, conselhos setoriais e de direitos, conselhos da comunidade, entre outros.

O presente Protocolo caminha no sentido de **redirecionar o tratamento dado às pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial na primazia do direito à saúde**, uma vez que se entende que a construção do ideário coletivo de “sujeito perigoso” tem raízes no racismo científico e se pauta em práticas higienistas que resultam na seletividade penal, dispensando tratamento oneroso para pessoas que são atravessadas por algum tipo de marcador social de vulnerabilidade (pessoas negras, indígenas, LGBTQIAPN+, entre outras).

Nesse sentido, este Protocolo avança ao romper com a **dicotomia atualmente existente entre saúde e segurança** a partir da compreensão de que o que promove a segurança pública é o bem-estar coletivo e, nessa discussão específica, a garantia do melhor tratamento em saúde para quem dele necessitar.

Assim, são apresentados a seguir os **parâmetros gerais** a serem fomentados nacionalmente, com as **ações mínimas** para a implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário em interface com as políticas sociais. No entanto, cada território detém autonomia relativa no sentido de propor, diante das potencialidades e desafios de cada localidade, práticas inovadoras na condução da Política. Desse modo, orienta-se que a atuação seja pautada por **intersectorialidade, corresponsabilização, protagonismo** e **dinamismo** das equipes locais, buscando alcançar os melhores desenhos de fluxos para a execução da Política Antimanicomial.

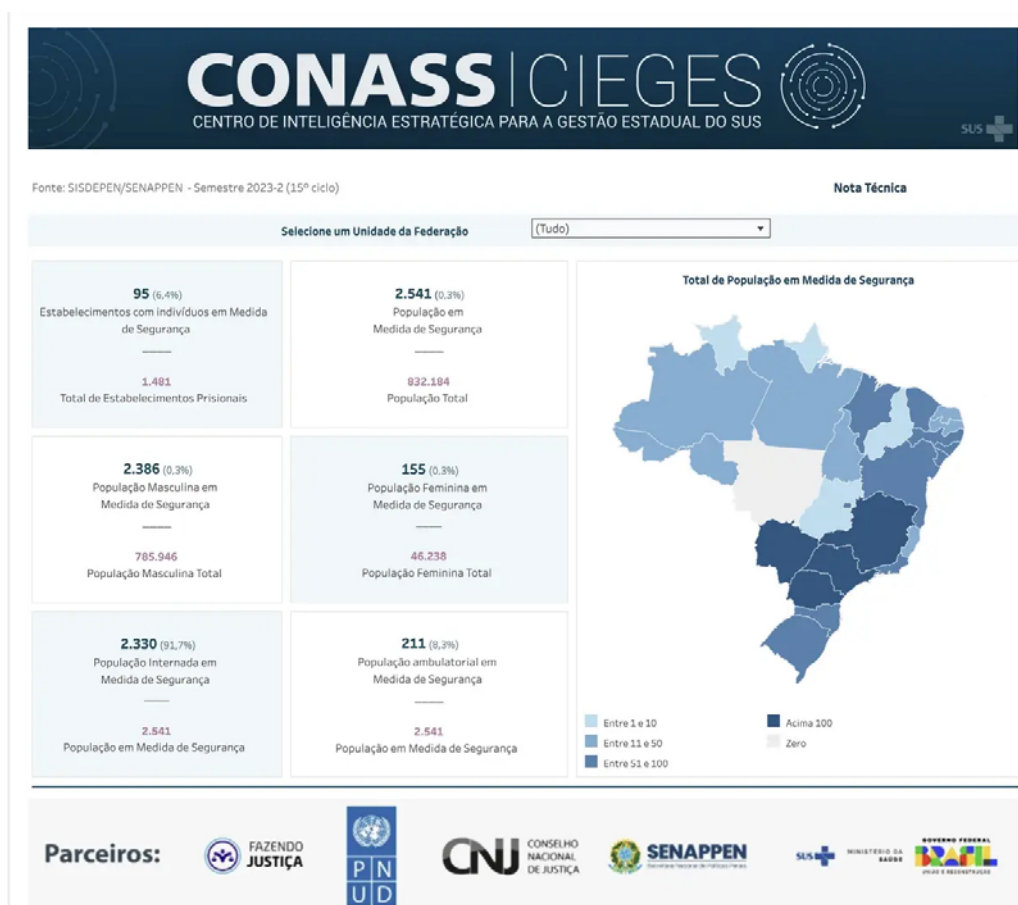
Breve diagnóstico

Segundo dados da SENAPPEN (SISDEPEN, 2023¹³), **2.541 pessoas cumprem medida de segurança**, sendo 2.330 na modalidade de internação e 211 em tratamento ambulatorial, representando 0,3% do total da população privada de liberdade em estabelecimentos prisionais do país ou em prisão domiciliar com ou sem monitoração eletrônica. Assim, é possível identificar número relativamente baixo de pessoas em medida de segurança de internação, se comparado ao total da população brasileira em privação de liberdade, e, em contrapartida, observa-se número elevado

13 Dados referentes ao segundo semestre de 2023 - 15.º ciclo. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiM2U1MmYyYy-2QtNjE2Yy00ZmU2LWFiMzItMGU5ZTBhODgzMTQzIiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em 23 de abril de 2024.

e capilarizado de serviços de saúde, como os **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**, que somam quase **3.000 unidades** em todo o território nacional.

O CNJ, por meio do Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF/CNJ) e do Programa Fazendo Justiça (PNUD/CNJ), em parceria com o CONASS, por meio do Centro de Inteligência Estratégica para a Gestão Estadual do Sistema Único de Saúde (CIEGES/CONASS), o Ministério da Justiça e Segurança Pública, por meio da Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN/MJSP), e o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES/MS), desenvolveu o **Painel Saúde Mental e Medida de Segurança**, que focaliza informações públicas sobre a população em cumprimento de medida de segurança e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) disponível no Brasil, que conta, atualmente, com diferentes serviços e equipes voltados à atenção em saúde mental.



Em breve, o painel estará acessível para o público em geral, possibilitando maior conhecimento acerca da população em medida de segurança e dos serviços RAPS disponíveis em cada localidade, o que tem o potencial de auxiliar a gestão da Política Antimanicomial.

1 Diretrizes gerais

Neste capítulo, com os esforços coletivos reunidos por meio da atuação do CONIMPA, apresentam-se diretrizes gerais para a implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário. São elencados os princípios e caminhos necessários à efetivação da Lei Federal n. 10.216/2001, da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e da Resolução CNJ n. 487/2023 de modo sustentável e perene nos territórios, consolidando base principiológica, com a apresentação de **Diretrizes de Cuidado e Garantia de Direitos**, etapas para a implementação da Política, orientações ao Poder Judiciário e perspectivas para ações de educação permanente, com vistas à efetivação do cuidado integral às pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial.

1.1 Diretrizes de Cuidado e Garantia de Direitos

Com a CDPD e a Lei Federal n. 10.216/2001 estabelece-se novo marco normativo e jurídico dos direitos das pessoas com transtorno mental e pessoas com deficiência, incluídas aquelas com qualquer forma de deficiência psicossocial. Nesse diapasão, mudanças institucionais tornam-se necessárias para a plena garantia dos direitos previstos no ordenamento jurídico, tanto o doméstico quanto o internacional. Considerando a necessária mudança institucional, ratificada pela Resolução CNJ n. 487/2023 no que tange aos procedimentos e às diretrizes para a implementação dos marcos normativos referenciados, o CONIMPA delinea, em esforço intersetorial, a construção de **Diretrizes de Cuidado e Garantia de Direitos**.

Em termos gerais, as **Diretrizes de Cuidado** constituem-se em itinerário do usuário ou da usuária em redes de atenção de diferentes políticas públicas durante processos de cuidado contínuo, em todos os níveis de proteção e assistência a que tem direito e com a segurança devida no acesso aos procedimentos. Uma das principais características inovadoras é a organização das ações em **redes de serviços**, ações, vínculos e percursos para que os fluxos de atenção sejam singulares e integrais, a depender das **necessidades de cada sujeito**. Isso contribui para o fortalecimento dos processos institucionais, qualificando a compreensão de trabalhadores acerca das realidades das pessoas que entram em contato com seus serviços.

Assim é que se entende que as Diretrizes de Cuidado organizam **ações, fluxos e redes com centralidade nas necessidades das pessoas acompanhadas pelas políticas** e não somente nas capacidades institucionais, que devem ser qualificadas conforme as necessidades dos sujeitos. Portanto, sua efetivação requer a compreensão do funcionamento das diferentes políticas públicas de garantia de direitos, por um lado, e da apreensão das necessidades dos sujeitos, por outro. Nesse sentido, a dimensão do **cuidado** e da **garantia de direitos** demanda a articulação de diferentes

políticas, não centralizadas, por exemplo, somente no Sistema de Justiça, no Sistema de Saúde ou no Sistema de Assistência Social.

Partindo do pressuposto de que a pessoa com deficiência não pode ser concebida como incapaz, mas sim que seu entorno é que a incapacita, a norma exigível para tal afirmação está assentada no conceito de acessibilidade, um dos princípios da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, e assim é disposta: “acesso, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, ao meio físico, ao transporte, à informação e comunicação, inclusive aos sistemas e tecnologias da informação e comunicação, bem como a outros serviços e instalações abertos ao público ou de uso público, tanto na zona urbana como na rural” (art. 9.º). O que se propõe, então, é garantir que a pessoa se organize psiquicamente a partir do meio em que se encontra – **meio que deve deixar de ser incapacitante para se tornar acessível** –, e não a partir da remissão de seu atributo pessoal, sua condição psíquica em si. Se a deficiência é a combinação dos atributos biopsicológicos (“impedimentos”) com as barreiras do meio (atitudinais, arquitetônicas, institucionais, simbólicas etc.), o que se busca, a partir da garantia de direitos, é **proporcionar igualdade de condições com as demais pessoas no acesso às políticas e no exercício individual dos direitos**, isto é, a **mitigação das barreiras** - e não a suposta “cura”.

Assim, faz-se fundamental respeitar algumas dimensões para se colocar em prática as Diretrizes de Cuidado. O **vínculo** emerge como dimensão que estreita os caminhos do sujeito com os contextos saudáveis de vida, pois são mediados pelas ações públicas de cuidado. Ademais, por essa concepção, o vínculo não se interrompe ao não mais se frequentar determinado serviço; de outro modo, o vínculo constitui parte e memória da relação entre o sujeito e o mundo, dado que é o vínculo que realiza a devida mediação.

Nessa perspectiva, a noção de **corresponsabilização** dos sujeitos atuantes na produção do cuidado é forjada junto à responsabilidade da pessoa usuária em comprometer-se com projetos de vida de mais qualidade e autonomia. Evidentemente, o objetivo é o compartilhamento de distintas responsabilidades (de trabalhadores, gestores e sujeitos usuários) no processo. A corresponsabilização tem como principal objetivo fomentar o protagonismo da pessoa acompanhada no próprio processo de cuidado.

Com isso, um aspecto negligenciado no modelo judiciário-manicomial ganha relevo: a **exposição do sujeito aos riscos resultantes da própria intervenção**. O que se denomina iatrogenia no campo da saúde - definida como os possíveis danos causados pela própria intervenção em saúde - é evidente no propósito da aplicação de medidas de segurança em HCTPs: os danos - riscos concretizados - são, geralmente, bastante marcantes na vida do sujeito, mais expressivos, muitas vezes, do que os eventualmente causados por sua infração.

Somado a isso, no Brasil, é perceptível que a ausência ou insuficiência de políticas públicas estruturantes (como saúde, educação, moradia e trabalho dignos e decentes) pode se constituir como **determinantes sociais do sofrimento psíquico intenso e de deficiências psicossociais** e,

com isso, produzir ciclos de violência por ação ou omissão de instituições no entorno da pessoa que acaba tendo conflito com a lei.

Assim, a **produção de cuidados deve estar cercada da garantia dos direitos**. Por isso, é comum a identificação de afirmações como “saúde é democracia, e democracia é saúde”, frase proclamada na 8.ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Se as palavras se equivalem, a garantia da saúde mental, por consequência, também deve estar atrelada à garantia de outros **direitos humanos**. Nesse sentido, é preciso garantir outros pilares sociais para o fortalecimento da autonomia e capacidade de o sujeito se reorganizar, o que jamais será possível em ambiente prisional, porque asilar. Portanto, a garantia do bem-estar se faz para além da garantia do direito à saúde, proporcionando-se melhores condições econômicas, culturais e ambientais gerais para as pessoas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).¹⁴

Desse modo é que as Diretrizes de Cuidado permitem costurar outros planos de atenção, notadamente aqueles relacionados a outros direitos, de fundamental exigibilidade junto às instituições executoras das políticas públicas pertinentes.

As Diretrizes de Cuidado e Garantia de Direitos devem ser operacionalizadas a partir de algumas etapas, a começar pelo **Mapeamento de Estratégias, Ações e Serviços**. Trata-se de conhecer as redes de garantia de direitos (saúde, assistência social, direitos humanos, cultura, justiça, trabalho, emprego e renda, mobilidade, entre outros) e, entre elas, tecer **diagnósticos locais** que permitam compreender o nível de enredamento intersetorial e comunitário.

A etapa seguinte é a realização de **Pactuação** entre gestões das políticas públicas envolvidas. Em qualquer política, a contratualização entre administrações locais e/ou entre essas e estaduais é fundamental, mas aqui se destaca a imprescindibilidade decorrente da intersetorialidade necessária para cuidar e garantir direitos. Dessa pactuação, resultam **Fluxos de Cuidado e Garantia de Direitos**, que ultrapassam a lógica de procedimento-encaminhamento, típica de fluxogramas estacionados na relação meramente bilateral entre serviços, que, por vezes, deixam o sujeito à mercê das capacidades institucionais. Se o objetivo é inverter e tornar a centralidade no sujeito a força motriz e organizadora das redes, os fluxos também devem mantê-lo no centro dos vetores, os quais devem mover as capacidades institucionais conforme as necessidades das pessoas envolvidas, sobretudo aquelas que vivem sob baixa condição de contratualidade social.

Uma nova etapa é a elaboração e qualificação dos **PTS**, fio condutor das Diretrizes de Cuidado. Reside nesse a pactuação entre trabalhadores e trabalhadoras, serviços, comunidade, família, amigos e amigas e os sujeitos alvo da política antimanicomial, que são protagonistas do PTS. Trata-se de pactuação cotidiana, mais dinâmica e versátil do que a pactuação entre gestões e será mais bem exposta à frente.

¹⁴ BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. In: PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 10 de maio de 2024.

Essas etapas permitem visualizar o ineditismo a que as Diretrizes de Cuidado se propõem: a **coordenação do cuidado**. Mais que isso, por ser também uma Diretriz de Garantia de Direitos, propõe-se a **coordenar o acesso a direitos**. Nesse caso, trata-se de um conjunto organizado de conexões que tem como objetivo atender às necessidades das pessoas com transtorno mental e/ou deficiência psicossocial em conflito com a lei, no sentido de lhes garantir diversos direitos por meio de ações, benefícios e auxílios que qualifiquem seus modos de vida.

Tomando tal dimensão do cuidado e da garantia de direitos como pilar da atenção prestada às pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial, segue-se este Protocolo Interinstitucional delineando as ações, os fluxos e as redes que devem ser formadas. Sob o ponto de vista institucional, destaca-se uma série de etapas que, se realizadas, promovem as capacidades institucionais para a atenção às necessidades das pessoas acompanhadas pelas políticas; e, sob o ponto de vista do cuidado, estabelecem-se meios para sua efetivação, consideradas as individualidades e particularidades do sujeito de direito.

1.2 Etapas para a implementação da Política Antimanicomial

A Política Antimanicomial do Poder Judiciário é orientada pelos paradigmas da **Reforma Psiquiátrica**, do **modelo de atenção biopsicossocial à pessoa com deficiência** e do **cuidado em liberdade**, e, conforme descreve o Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, apresenta intenção de construção de “um percurso de garantia de direitos humanos em saúde mental” (CNJ, 2023, p. 17).

Entre as dimensões constantes no **Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário**, está a proposição de um **Modelo Orientador**, com subsídios para a efetivação das mudanças e qualificações institucionais na matéria. Além da qualificação judiciária, que é foco do referido Manual, torna-se, de suma importância, a construção de articulações interinstitucionais com parâmetros técnicos e o “compartilhamento de responsabilidades” para a implementação da Política (CNJ, 2023, p. 79).

Considerando, portanto, os desafios postos à implementação da Política, sobretudo as questões sociais que atravessam a atenção integral e humanizada às pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial – com longa história de manicomialização e segregação social – torna-se, de especial relevo, o **delineamento de etapas** para a consecução dos preceitos estabelecidos na CDPD, na Lei n. 10.216/2001 e na Resolução CNJ n. 487/2023. Entre tais etapas, destacam-se:

1. Instituição do Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário (CEIMPA);

2. Realização de diagnóstico local e coleta periódica de dados sobre o tema - público/processos/equipamentos públicos etc.;
3. Revisão dos processos judiciais que tratam do público em questão;
4. Elaboração, pela rede de saúde, de Projeto Terapêutico Singular (PTS) das pessoas que ainda se encontram em estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico e daquelas que aportarem no Sistema de Justiça Criminal;
5. Instituição de fluxos de porta de entrada (audiência de custódia) e porta de saída, com a qualificação dos processos de desinstitucionalização e acompanhamento adequado, articulados com a rede de políticas públicas, a serem construídos, preferencialmente, no âmbito do CEIMPA;
6. Constituição de equipes conectoras entre o Poder Judiciário e a Saúde;
7. Interdições parcial e total dos estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico, e que não incorram em transinstitucionalização para unidades prisionais, alas e enfermarias de unidades prisionais, comunidades terapêuticas, manicômios, hospitais psiquiátricos, entre outras instituições com características asilares;
8. Realização de processos formativos; e
9. Monitoramento da Política Antimanicomial com o apoio do CEIMPA.

Todos esses passos devem ser acompanhados por diagnóstico e monitoramento local constante. A seguir, apresenta-se o detalhamento de algumas das etapas elencadas acima.

1.2.1 Instituição do Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário (CEIMPA)

Diante da dimensão da integralidade do cuidado e da garantia de direitos, a Resolução CNJ n. 487/2023 estabelece que os Grupos de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário (GMFs) dos tribunais poderão, entre outras ações, instituir ou participar de Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário (art. 20, VI).

O CEIMPA é instrumento de implementação e monitoramento da Política Antimanicomial nos estados, haja vista que coordena a atuação dos órgãos do sistema de justiça e do Poder Executivo, além de contar com a participação de representantes das políticas públicas e/ou sociais setoriais e de órgãos de controle social e/ou de representações da sociedade civil organizada. Configurando-se como um **espaço permanente de construção e revisão coletiva dos fluxos de atenção e articulação da rede, bem como de monitoramento**, após o desenvolvimento de todas as etapas de implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário nos estados.

A implementação dos CEIMPAs por parte dos GMFs e/ou da rede deve ser balizada pela realidade social e jurídica do território, considerando as particularidades e os desafios locais. Nesse âmbito, conforme descreve o Manual, trata-se da fase de **prospecção e articulação**, com a “identificação inicial de instituições, serviços, atores e atrizes relevantes para atuação na pauta” e a “sensibilização de atores e atrizes locais sobre a temática por meio de estratégias como reuniões técnicas; acompanhamento, discussão e revisão de casos; e realização de processos formativos para orientação acerca da Política Antimanicomial do Poder Judiciário” (CNJ, 2023, p. 83).

Sua constituição e, ato seguinte, o desenvolvimento de suas atividades dependerão dos esforços coletivos de todos os atores e todas as instituições envolvidas com a Política Antimanicomial. Para tanto, torna-se necessária a corresponsabilidade no mapeamento da rede intersetorial e interinstitucional e a devida participação de representantes nas tarefas e na qualificação dos processos.

Embora a rede básica de políticas públicas seja padronizada nacionalmente, existem arranjos e desafios específicos em cada território, que devem ser observados com sensibilidade para a instituição do CEIMPA. Além dos órgãos estatais judiciários e executivos, as atribuições do Comitê podem ser mais bem qualificadas com o convite à participação de instituições, atores expertos na Política Antimanicomial e/ou em temas transversais. Uma gama de representantes é descrita no Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário (CNJ, 2023, p. 84):

- a) No **Poder Judiciário**, a Corregedoria Geral de Justiça, GMFs, Varas Criminais e Varas de Execução Penal, além de equipes e núcleos multidisciplinares de apoio;
- b) No **Ministério Público**, preferencialmente por meio dos Centros de Apoio Operacionais e Núcleos ligados às searas criminal e de execução penal, ao monitoramento de estabelecimentos penais, aos direitos humanos e à saúde;
- c) Na **Defensoria Pública**, preferencialmente por meio dos Núcleos ligados à execução penal, estabelecimentos penais e congêneres, aos direitos humanos e à saúde;
- d) No **Poder Executivo**, as Secretarias – estaduais e municipais – de Saúde (com destaque para gestores/as e equipes de serviços da RAPS, EAP e Equipe de Saúde da Secretaria responsável pela gestão prisional), administração prisional, equipes de serviços penais (APEC e Escritório Social), assistência social e congêneres;
- e) O **Sistema de Prevenção e Combate à Tortura**, inclusos Comitês e Mecanismos Preventivos Estaduais;
- f) **Entidades de ensino** com expertise relevante no tema;
- g) **Conselhos Regionais** de Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, Terapia Ocupacional e Medicina;
- h) **Conselhos da Comunidade**;
- i) **Outros Conselhos de Direitos, organizações da sociedade civil** afetas ao tema e **usuários/as** da Política de Saúde Mental.

Em unidades da Federação que, porventura, tenham instalado GTs ou outros espaços colegiados sobre a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, o processo de identificação inicial pode ser corroborado pelos GTs ou fóruns correlatos, realizando, conforme as indicações disponíveis na Resolução CNJ n. 487/2023 e em seu Manual, a transformação desses em CEIMPA.

Realizado o mapeamento dos atores relevantes para a constituição do CEIMPA, torna-se importante realizar a sensibilização dos integrantes, com a realização de encontros formativos e/ou de discussão acerca da Política Antimanicomial do Poder Judiciário e da responsabilidade compartilhada de sua execução, conforme dispõe a Lei Federal n. 10.216/2001. No presente Protocolo Interinstitucional, é apresentado levantamento de serviços e políticas sociais, formulado por cada Ministério e/ou Secretaria, que poderá ser utilizado como guia para as discussões e sensibilização das atribuições com a rede local, bem como um rol de temáticas que poderão servir de base para a realização de encontros formativos.

O Manual elenca uma série de indicadores para a atuação dos CEIMPAs que podem ser seguidos posteriormente à sua implantação e servem de base ao monitoramento local (CNJ, 2023, p. 108-109):

- Existência de Plano de Educação Permanente em Políticas Penais e Judiciárias, Saúde Mental e Assistência Social para orientação acerca da Política Antimanicomial do Poder Judiciário;
- Realização de diagnósticos estaduais e pesquisas sobre a população com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei, incluídos percentuais que averiguem a adoção da medida de segurança de tratamento ambulatorial no total de casos;
- Articulação com programas e serviços das redes de atenção à saúde e socioassistenciais, em especial com a RAPS;
- Existência de Plano Estadual e Distrital de Implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, em consonância com o Plano Nacional correspondente;
- Elaboração de fluxos para a atenção integral às pessoas com transtorno mental submetidas a procedimento criminal, em local adequado à atenção em saúde;
- Execução de fluxos para a atenção integral às pessoas com transtorno mental submetidas a procedimento criminal, em local adequado à atenção em saúde;
- Abrangência dos fluxos no caso de pessoas com transtorno mental relacionado ao uso abusivo de álcool e outras drogas;
- Atuação de equipe multidisciplinar em apoio a magistrados/as e na perspectiva da desinstitucionalização;
- Fomento e articulação com EAP;
- Elaboração de PTS para todas as pessoas em medida de segurança que ainda estiverem internadas em HCTP, em instituições congêneres ou unidades prisionais;
- Realização de revisão periódica de casos a fim de avaliar a possibilidade de extinção da medida em curso, progressão para tratamento ambulatorial em meio aberto ou transferência para estabelecimento de saúde adequado;
- Realização de inspeções ou averiguação in loco, quando for caso;

- Interdição parcial de HCTP ou Ala de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em unidade prisional; e
- Interdição total de HCTP ou Ala de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em unidade prisional.

Como destacado, as atividades a serem desempenhadas pelos CEIMPAs são de especial relevo para a qualificação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, **independentemente se o estado já interditou HCTPs ou estabelecimentos congêneres ou não conta com esse tipo de instituição**, uma vez que a Política Antimanicomial do Poder Judiciário foi instituída para qualificar os fluxos de atenção às pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial em conflito com a lei em todo o ciclo penal, a partir de parâmetros nacionais e de modo permanente. Sem a efetiva integração da rede, respeitada a divisão dos poderes e de atribuições, mas com intrínseco compartilhamento de responsabilidades, a garantia integral dos direitos das pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial torna-se deficitária.

1.2.2 Revisão dos processos relacionados a pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial

Uma das ações de destacada relevância no âmbito judicial é a revisão dos processos relacionados a pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial “a fim de avaliar a possibilidade de extinção da medida em curso, progressão para tratamento ambulatorial em meio aberto ou transferência para estabelecimento de saúde adequado”, conforme dispõe a Resolução CNJ n. 487/2023 (art. 16). Os casos abrangidos na revisão dos processos devem ser aqueles relacionados:

- à execução de medida de segurança que estejam sendo cumpridas em HCTPs, em instituições congêneres ou unidades prisionais;
- a pessoas que permaneçam nesses estabelecimentos, apesar da extinção da medida ou da existência de ordem de desinternação condicional; e
- a pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial que estejam em prisão processual ou cumprimento de pena em unidades prisionais, delegacias de polícia ou estabelecimentos congêneres.

A Resolução CNJ n. 487/2023 (art. 16) estabelece, ainda, prazo para a revisão dos processos, a ser **apoiada pelos CEIMPAs**, pois a qualificação da revisão dos processos deve balizar-se não somente pelo seu aspecto jurídico, mas pela integralidade dos processos de adequação do melhor tratamento e de desinstitucionalização, o que significa a produção dos PTSs; o encaminhamento para o sistema de garantia de direitos, particularmente as redes de saúde e socioassistencial; o fortalecimento ou recomposição de vínculos familiares e comunitários; além da possibilidade de (re)inserção educacional e/ou cultural. Para tanto, as equipes multiprofissionais, as Equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Men-

tal em Conflito com a Lei (EAP-Desinst)¹⁵ e os Escritórios Sociais¹⁶ são atores relevantes, conforme dispõe o Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

A qualificada revisão dos processos dependerá, portanto, da análise legal de normas, prazos e procedimentos atinentes ao caso concreto e da integração de informações interinstitucionais, como o levantamento e o compartilhamento de informações das redes do SUS e do SUAS, que podem ser mobilizados pelo CEIMPA.

Nesse âmbito, caberá à Secretaria de Estado da Saúde a instituição e a qualificação de equipes EAP-Desinst; a adoção de providências para a disponibilização de vagas nos serviços das Redes de Atenção à Saúde (RAS), bem como o apoio à efetivação do PTS. À Secretaria de Estado da Assistência Social ou congêneres caberá, no que tange à revisão dos processos, o apoio no encaminhamento para serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais territorializados, de acordo com as necessidades identificadas na avaliação técnica da equipe de referência do SUAS, com especial enfoque no fortalecimento ou na recomposição de vínculos familiares e comunitário. Deve-se ter atenção às condições, aos parâmetros e ao público-alvo de cada serviço e benefício.

Cabe destacar que, geralmente, os serviços de saúde e socioassistenciais são municipalizados, devendo, portanto, estabelecer-se fluxo bipartite nos territórios. Esse é mais um momento de ambas as Secretarias articularem com a representação da política habitacional local, no sentido de se proverem modalidades de moradia para além do Serviço Residencial Terapêutico (SRT), naqueles casos em que houver as condições, definidas no âmbito do PTS.

1.2.3 Elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)

A elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um dos passos fundamentais para a promoção de atenção integral e qualificada, que, como mencionado, compõem as Diretrizes de Cuidado à pessoa com transtorno mental, sendo importante instrumento, construído pelas equipes de saúde da RAPS junto com o paciente e com contribuição de outros atores envolvidos no processo,

15 Anteriormente, denominava-se “Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei – EAP”. Com a publicação da Portaria GM/MS n. 4.876, de 18 de julho de 2024, essas equipes assumem a sigla EAP-Desinst.

16 Os Escritórios Sociais fazem parte da Política de Atenção a Pessoas Egressas do Sistema Prisional no âmbito do Poder Judiciário (instituída pela Resolução CNJ n. 307/2019) e da Política Nacional de Atenção à Pessoa Egressa do Sistema Prisional (instituída pelo Decreto n. 11.843/2023). Conforme a Resolução CNJ n. 307/2019, os Escritórios Sociais são “equipamento público de gestão compartilhada entre os Poderes Judiciário e Executivo, responsável por realizar acolhimento e encaminhamentos das pessoas egressas do sistema prisional e seus familiares para as políticas públicas existentes, articulando uma política intersetorial e interinstitucional de inclusão social que se correlaciona e demanda iniciativas de diferentes políticas públicas estaduais e municipais, sistemas e atores da sociedade civil”. Nesse sentido, podem ser acionados a compor a rede de garantia de direitos e cuidados de pessoas egressas dos HCTPs e instituições congêneres, ou de pessoas com transtorno mental que tiveram algum período de permanência no sistema penitenciário, mesmo em caráter provisório. Ressalta-se que é um equipamento que visa a promoção de direitos, considerando as particularidades e vulnerabilidades das pessoas egressas, em decorrência de sua institucionalização.

também para a desinstitucionalização, motivo pelo qual há a previsão normativa na Resolução CNJ n. 487/2023 (art. 17) de que a autoridade judicial competente para a execução penal deverá determinar a elaboração do PTS para todos os pacientes em medida de segurança que ainda estiverem internados em HCTP, em instituições congêneres ou unidades prisionais.

Conforme disposto na Resolução CNJ n. 487/2023, o PTS é o:

[...] conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou comunidade, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e centrado na singularidade da pessoa em tratamento, de modo a contribuir para a estratégia compartilhada de gestão e de cuidado, possibilitando a definição de objetivos comuns entre equipe e sujeito em acompanhamento em saúde (art. 2, VI).

Em adendo, o Manual da Resolução CNJ n. 487/2023 destaca:

[...] o PTS é ferramenta central no processo do cuidado e, no âmbito da saúde mental, é ainda mais cara sua função, pois organiza a contratualização de interesses da pessoa com as possibilidades do serviço e demais atores e atrizes envolvidos/as nas ações de atenção psicossocial e garantia de direitos. A pactuação na forma de PTS informa que não se trata de a pessoa se adequar ao serviço e aos desejos de trabalhadores/as, mas sim de se estabelecer, numa ética do cuidado, um processo de mão dupla, estando os desejos do/a usuário/a em primeiro plano. Esse projeto orienta tudo que se torna afeito à vida da pessoa, inclusive os enredamentos com o Sistema de Justiça, dentro de cujos procedimentos espera-se que o PTS encontre ressonância e validade institucional (CNJ, 2023, p. 56).

Tais parâmetros são fundamentais inclusive para as atividades dos CEIMPAs, que devem propiciar as condições para a elaboração dos PTSs no tempo determinado. Embora possa haver elementos comuns a todos os PTSs, a noção da **singularidade** deve ser o eixo estruturante do Projeto, consideradas, portanto, a história de vida, os interesses e os desejos da pessoa usuária; as possibilidades da rede; e as determinações sociais da saúde, baseado no modelo biopsicossocial, inclusos, portanto, aspectos relacionados à raça e ao enfrentamento do racismo, sexo/gênero e enfrentamento das desigualdades de gênero, orientação sexual, territorialidade, entre outros. Vale lembrar, nesse âmbito, a perspectiva da **universalidade**, **integralidade** e **equidade** preconizados pelo SUS, que devem balizar a produção do PTS.

No âmbito da promoção da saúde integral, o **PTS** corresponde a um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas por uma equipe interdisciplinar para um caso específico, buscando a participação da pessoa usuária e sua família na construção de um plano de cuidados junto aos serviços das Redes do SUS, contando com a contribuição das equipes do SUAS e de outras políticas públicas nas situações que também demandarem atenção das respectivas redes.

O uso do PTS, como **dispositivo organizador do cuidado em saúde**, permite a sistematização do processo de trabalho das equipes de diferentes pontos de atenção em saúde. Favorece a construção de encontros sistemáticos, diálogo, e permite evidenciar a existência de conflitos e diferenças.

A **formulação e o acompanhamento** do PTS é sempre uma experiência de **aprendizagem coletiva**. A **coordenação** de um PTS requer disponibilidade afetiva de todas as pessoas envolvidas; exige também tempo disponível para organização e ativação da intersectorialidade. No cotidiano, é importante que os casos complexos sejam construídos coletivamente, embora alguns trabalhadores e trabalhadoras possam ser destacados como referência técnica para cada caso acompanhado. O MS tem várias publicações e orientações¹⁷¹⁸ sobre a construção do PTS que podem subsidiar o trabalho das equipes de saúde.

Os quatro momentos do PTS são:

- **Diagnóstico:** identificação dos aspectos sociais, psicológicos e orgânicos que influenciam o caso, além de delinear a situação problemática.
- **Definição de metas:** após a descrição do caso e levantamento dos pontos a serem trabalhados, é importante que a equipe trabalhe com metas a serem alcançadas a curto, médio e longo prazo.
- **Divisão de responsabilidades:** as tarefas de cada participante (pessoa ou instituição) devem ser pactuadas coletivamente e devem ficar bastante explicitadas para todos os envolvidos.
- **Reavaliação:** é importante avaliar o progresso do caso e realizar ajustes no plano de cuidados conforme necessário.

As equipes da Atenção Primária à Saúde e os CAPS devem realizar o PTS em equipe, mas não são exclusivas para esses serviços. O PTS pode ser utilizado em qualquer equipe interdisciplinar que trabalhe com casos complexos. É fundamental organizar o processo de trabalho, em uma demanda de cuidado integral, que é inquestionavelmente uma ação interdisciplinar e intersectorial, ou seja, que demanda a integração de diversos saberes profissionais e de diversos setores e políticas públicas que podem contribuir para a integralidade da atenção.

A coordenação do PTS é realizada pelo serviço de cuidado em saúde mental da pessoa usuária. Para operacionalizar a construção coletiva do PTS, é fundamental organizar o processo de trabalho de forma a atender às demandas de cuidado integral, assegurando uma abordagem interdisciplinar e intersectorial. Além disso, profissionais de saúde dos HCTPs devem subsidiar a equipe conectora com informações constantes nos prontuários, medicamentos e encaminhamentos de saúde, apoiando assim o processo de desinstitucionalização.

17 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em 15 de abril de 2024.

18 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em 15 de abril de 2024.

1.2.4 Elaboração de fluxos interinstitucionais e intersetoriais

A reorientação do modelo de atendimento à pessoa com transtorno mental estabelecida pela Lei Federal n. 10.216/2001 e parametrizada no âmbito do Poder Judiciário pela Resolução CNJ n. 487/2023 não implica somente as pessoas que já estão em cumprimento de medida de segurança e/ou institucionalizadas em estabelecimentos penais, como também a previsão de reorientação da tomada de decisão em novos casos de conflito com a lei. Isso significa, portanto, que devem ser estabelecidos fluxos e demais instrumentos necessários à sua aplicação na porta de entrada do sistema de justiça, balizados pelos princípios e diretrizes das normativas supramencionadas, com vistas à interdição parcial e ao impedimento de novas internações em HCTPs, alas ou instituições congêneres, incluídas as unidades prisionais “comuns”.

Nesse âmbito, torna-se necessário refletir sobre como devem ser qualificados tais atendimentos desde a porta de entrada até os processos de desinstitucionalização, como proposto no Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário. A Resolução CNJ n. 487/2023 estabelece que cabe à autoridade judicial o encaminhamento voluntário de pessoa com indícios de transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial para a rede de atenção das políticas públicas, em especial para a RAPS, já no momento da audiência de custódia e, quando necessário, para a rede de proteção social ampliada, que envolve diversas políticas setoriais (saúde, assistência social, educação, habitação, trabalho etc.).

Conforme previsto pelos artigos 287 e 310 do Código de Processo Penal (CPP)¹⁹ e regulamentado pela Resolução CNJ n. 213/2015²⁰, ao permitir a apresentação imediata de todas as pessoas presas à autoridade judicial, a audiência de custódia qualifica a tomada de decisão pelo Poder Judiciário acerca da necessidade de manutenção da prisão ou aplicação de outras medidas judiciais. O contato direto e a entrevista realizada pela autoridade judicial com a pessoa custodiada, com a participação do Ministério Público e da defesa técnica, viabilizam melhor compreensão acerca de suas condições sociais e pessoais e das circunstâncias da prisão, fornecendo mais dados para uma decisão adequada e individualizada, inclusive atentando para demandas relacionadas à atenção médica e psicossocial, como dispõem o art. 9.º, §3.º da Resolução CNJ n. 213/2015 e o art. 4.º e seguintes da Resolução CNJ n. 487/2023.

19 Brasil. Decreto-Lei n. 3.689, de 3 de outubro de 1941, que institui o “Código de Processo Penal”. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm. Acesso em 18 de março de 2024.

20 Conselho Nacional de Justiça. Resolução n. 213, de 15 de dezembro de 2015, que “Dispõe sobre a apresentação de toda pessoa presa à autoridade judicial no prazo de 24 horas”. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2234>. Acesso em 18 de março de 2024.

Como destaca o Manual da Resolução CNJ n. 487/2023, o Serviço APEC²¹ como equipe multidisciplinar qualificada tem papel fundamental neste momento, apesar de **“não dever elaborar diagnósticos e laudos de periculosidade ou encaminhar pessoas a hospitais psiquiátricos”** (CNJ, 2023, p. 93, grifos do original).

A qualificação desse serviço e, em paralelo, a instituição de fluxos interinstitucionais, portanto, são fundamentais à efetivação das disposições da Resolução CNJ n. 487/2023 desde a porta de entrada do Sistema de Justiça Criminal, motivo pelo qual se apresenta, neste Protocolo, um modelo de fluxo a guiar a construção de fluxos territoriais e interinstitucionais. Aspectos decisivos estão relacionados à garantia da proteção social, também normatizada pela Resolução CNJ n. 213/2015, que deve balizar, inclusive, a avaliação quanto à necessidade e à adequação da adoção de eventuais medidas cautelares, que têm caráter excepcional, especialmente nos casos de pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial. Como destacado no Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, a autoridade judicial deverá zelar também para o encaminhamento para a emissão de documentação civil e identificação civil biométrica, bem como para a rede de proteção social (em especial das pessoas em situação de rua).

Vale destacar, ademais, que a constituição de fluxos interinstitucionais é fundamental para o manejo de ocorrências em que a pessoa é apresentada em situação de crise. A realização do manejo da crise depende, necessariamente, da articulação interinstitucional, prevalecendo o preceito constitucional do direito social à saúde.

Observa-se, portanto, que os fluxos interinstitucionais, construídos previamente, devem orientar a atuação da autoridade judicial na porta de entrada, podendo ser firmados por meio de Termo de Cooperação entre o Judiciário, as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e Assistência Social, assim como outras. Cabe à autoridade judicial, em diálogo com o CEIMPA ou, eventualmente, com o GT, o estabelecimento desses fluxos na porta de entrada do Sistema de Justiça Criminal.

1.2.5 Qualificação dos processos de desinstitucionalização articulados com a rede de políticas sociais

A dimensão da articulação interinstitucional também deve guiar a qualificação dos processos de desinstitucionalização, com o devido compartilhamento de responsabilidades, seja no curso da prisão preventiva ou outra medida cautelar, seja no âmbito da medida de segurança ou, ainda, no curso da execução da pena.

²¹ O Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada (APEC), previsto pelas Resoluções CNJ n. 562/2024, n. 213/2015 e n. 487/2023, trata-se de serviço penal que deve estar integrado à Política de Alternativas Penais e que está fundamentalmente voltado para a promoção da proteção social e para o fortalecimento do instituto da Audiência de Custódia, destinando-se exclusivamente ao atendimento das pessoas presas em flagrante delito ou por cumprimento de mandado judicial que são apresentadas na Audiência de Custódia e suas famílias.

Conforme dispõe a Resolução CNJ n. 487/2023, no curso da prisão processual ou outra medida cautelar, caso seja identificada demanda de tratamento em saúde mental, cabe à autoridade judicial competente reavaliar a necessidade e a adequação da prisão ou medida cautelar em vigor. A mesma determinação se estende quando da necessidade de tratamento em saúde mental no curso da execução da pena, na qual compete à autoridade judicial a avaliação da adequação da prisão em vigor.

Cabe, portanto, à autoridade judicial, em diálogo com o CEIMPA, a qualificação dos processos de desinstitucionalização com o referenciamento para as políticas públicas com vistas à inclusão e proteção social. A interlocução com a RAPS, com a rede socioassistencial e as demais políticas é decisiva para a reavaliação da prisão preventiva ou outra medida cautelar, do curso da execução da pena e/ou da medida de segurança de internação ou de internação provisória. Ademais, conforme dispõe o Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário “a atuação em rede deverá primar pelo tratamento em saúde condizente com o PTS do caso concreto, sendo que a comprovação desse tratamento não deverá recair sobre a própria pessoa com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial” (CNJ, 2023, p. 101).

1.2.6 Diagnósticos e monitoramento local da Política Antimanicomial do Poder Judiciário

O processo de implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, ancorada na CDPD e na Lei Federal n. 10.216/2001, é contínuo, abarcando desde as pessoas que se encontram institucionalizadas até os novos casos de conflito com a lei que possam ocorrer no território. Nesse sentido, torna-se uma política intersetorial e interinstitucional permanente com vistas à garantia dos direitos constitucionais das pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial. Por esse motivo, torna-se de especial relevo o diagnóstico local da situação do público-alvo da Política e dos programas, serviços e projetos na rede de políticas públicas. Tais diagnósticos locais podem ser implementados pelos CEIMPAs, inclusive por meio de convênios com Universidades, Centros de Pesquisas e/ou Organizações da Sociedade Civil, e servirão de base para a sustentabilidade da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, produzindo dados sobre sua implementação longitudinal.

A produção de dados, por meio de diagnósticos locais, deve observar aspectos relevantes do território, como:

- Instituição e funcionamento do CEIMPA ou de Grupo de Trabalho que trabalhe com o tema;
- Existência de Programas Estaduais ou outras ações de Atenção Integral;
- Existência, funcionamento e demandas relativas à EAP-Desinst, equipe conectora e/ou equipe multidisciplinar qualificada;
- Existência e/ou manutenção de HCTPs ou alas em unidades prisionais;

- Quantitativo e dados sociodemográficos, socioeconômicos e sobre o tempo de internação de pessoas em cumprimento de medida de segurança em HCTPs ou congêneres; pessoas que permaneçam neles apesar da extinção da medida de segurança ou de ordem de desinternação; pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial em prisão processual ou cumprimento de pena em unidades prisionais, delegacias de polícia ou estabelecimentos congêneres; pessoas em cumprimento de medida de segurança em tratamento ambulatorial; pessoas com medida de segurança extinta etc.;
- Existência e qualificação dos PTS;
- Processo de desinstitucionalização; e
- Levantamento dos municípios de origem das pessoas em cumprimento de medida de segurança em HCTPs ou congêneres, com mapeamento de respectivos serviços territoriais.

Ademais, devem ser observados, na construção dos diagnósticos locais, aspectos relacionados a vulnerabilidades acrescidas das pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial, de modo a propiciar um olhar diferenciado para públicos específicos, como mulheres; pessoas negras; pessoas indígenas; pessoas LGBTQIAPN+; gestantes, mães, pais e responsáveis por crianças e pessoas com múltiplas deficiências; pessoas migrantes; e pessoas em situação de rua.

As mesmas observações devem guiar o monitoramento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário nos territórios. Por se tratar de política permanente, a construção de indicadores de sustentabilidade e qualificação tornam-se imprescindíveis para que ela cumpra seus objetivos.

Tal monitoramento deve ser qualificado e realizado pelos CEIMPAs, tendo como base os parâmetros que se erigem com a Lei Federal n. 10.216/2001 e a CDPD. O monitoramento visa, em suma, à avaliação contínua da promoção dos direitos das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial em conflito com a lei, perpassando, portanto, dois níveis fundamentais de acompanhamento: a efetivação das políticas que compõem as Diretrizes de Cuidado e Garantia de Direitos; e a análise e o monitoramento dos casos concretos.

Nesse sentido, o monitoramento local deve levar em conta o fluxo estabelecido no território, tendo como parâmetro aqueles previamente apresentados neste Protocolo e no supracitado Manual. Deve-se ter atenção ao seu efetivo cumprimento em relação às etapas consolidadas para a garantia de direitos e do melhor tratamento em saúde. Destaca-se, nesse âmbito, que o monitoramento será a chave para a resolução de possíveis pontos de atenção e entraves locais.

Vale destacar que o monitoramento local perpassa diferentes mecanismos de controle social das políticas públicas e, por isso, poderá ser qualificado com o estabelecimento de parceiras e cooperações técnicas entre CEIMPAs e demais órgãos com atribuição na matéria, como os Conselhos de Direitos.

2 Orientações ao Poder Judiciário

Neste capítulo, o **CNJ**, por meio da coordenação do CONIMPA, expede **orientações ao Poder Judiciário**, em adição ao acúmulo normativo e orientativo no que tange à efetivação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário em interface com as políticas sociais.

Trata-se de uma série de direitos e ações que deverão ser observadas pelas autoridades judiciais no escopo das audiências de custódia; da necessidade de tratamento em saúde mental no curso da prisão preventiva ou outras medidas cautelares e no curso da execução da pena; e da desinstitucionalização. As orientações expedidas neste capítulo estão alicerçadas em parâmetros nacionais e internacionais de tratamento e proteção judicial de pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial, à luz da CDPD e da Lei Federal n. 10.216/2001, âncoras da Resolução CNJ n. 487/2023.

Destaca-se, ainda, a importância de investimento em **práticas restaurativas**, em consonância com a Resolução CNJ n. 225/2016, que dispõe sobre a Política Nacional de Justiça Restaurativa no âmbito do Poder Judiciário, tendo como premissas a consensualidade e autocomposição. Nesse sentido, há recomendações do Comitê Nacional de Justiça Restaurativa quanto à necessidade de os Tribunais de Justiça implementarem programas de Justiça Restaurativa, que poderão ser acionados para apoio em determinados casos de desinstitucionalização, conforme definido em PTS. Ao Comitê Gestor de Justiça Restaurativa, órgão vinculado à presidência do CNJ, competirá a implementação e o acompanhamento da Política Nacional da Justiça Restaurativa no âmbito do Poder Judiciário.

A atuação do Poder Judiciário é de especial relevo na implementação qualificada e sustentável da Política Antimanicomial do Poder Judiciário e, nesse âmbito, convém destacar que, em seu artigo 3.º, IX, estabelece-se como princípio e diretriz dessa “a articulação interinstitucional permanente do Poder Judiciário com as redes de atenção à saúde e socioassistenciais, em todas as fases do procedimento penal, mediante elaboração de PTS nos casos abrangidos por esta Resolução”.

A articulação interinstitucional com a rede de saúde e com a rede socioassistencial, bem como com as demais políticas públicas, é fundamental e, para tanto, as orientações abaixo redigidas e o fluxo proposto neste Protocolo demandam a devida interação, sobretudo nas esferas estadual e municipais, compreendendo as diferentes atribuições e a corresponsabilidade em tela, sem, contudo, significar uma sobreposição ou obstrução das prerrogativas dos três poderes. **Orienta-se** que haja, por meio do CEIMPA, GT ou outras esferas colegiadas, a articulação e a busca pela resolução de possíveis conflitualidades e gargalos identificados localmente. Convém destacar, ainda, que as políticas públicas se organizam em nível estadual e em nível municipal, devendo tais diálogos serem consolidados em nível bipartite. Assim, a articulação com diferentes municípios ou com instâncias colegiadas de representação das prefeituras e/ou Secretarias Municipais de Saúde e Assistência Social (ou congêneres) deverá ser meta para a implementação sustentável e permanente, alinhada à perspectiva da territorialidade da garantia de direitos.

2.1 Orientações acerca da audiência de custódia

Como principal porta de entrada do Sistema de Justiça Criminal, ao propiciar a apresentação imediata de todas as pessoas presas em flagrante ou por força de mandado de prisão à autoridade judicial, a audiência de custódia é momento privilegiado para a identificação de pessoas com indícios de transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial e a adoção de providências para a garantia de acesso às políticas e ações de saúde e cuidado integral.

A identificação dessas pessoas deve ocorrer por meio de equipe multidisciplinar qualificada, ou seja, a equipe do Serviço APEC, onde houver, ou outra equipe técnica multidisciplinar que tenha experiência e incursão em serviços com interface entre o Poder Judiciário, a saúde e as demais políticas de proteção social, como a EAP-Desinst. Nesse sentido, **orienta-se** a implantação do Serviço APEC em todos os locais onde ocorre a audiência de custódia, considerando que se trata do serviço especializado para prover o atendimento de proteção social neste momento da apresentação à autoridade judicial, previsto nas Resoluções CNJ n. 562/2024²², n. 213/2015 e n. 487/2023 e que tem a atribuição de apoiar a tomada de decisão com base nas condições pessoais, inclusive de saúde, da pessoa apresentada.

Por meio do atendimento prévio à audiência de custódia, com a entrega do Relatório Informativo de Condições Pessoais e Sociais, o Serviço APEC tem condições de identificar pessoas com indícios de transtorno mental ou indícios de crise em saúde mental, podendo apoiar a tomada de decisão acerca de encaminhamentos imediatos, nos casos de manejo de crise, e intermediar junto à RAPS o suporte para avaliação do melhor tratamento em saúde, a ser apontado ao Poder Judiciário. Ressalta-se outro ponto de grande relevância presente no Manual de Proteção Social na Audiência de Custódia, que diz respeito ao princípio da **não maleficência**. Esse princípio implica o impedimento de juntada de informações adicionais ao relatório produzido no atendimento social prévio à audiência de custódia que possam acarretar encarceramento, tratamentos compulsórios e outros danos à pessoa custodiada. É fundamental que o registro desses dados seja objetivo e parametrizado, a fim de subsidiar a elaboração do relatório informativo. A prioridade desse processo deve ser a objetividade das informações para avaliação na audiência (CNJ, 2020).²³

A partir da implantação do Serviço APEC, é possível construir projetos visando à qualificação desse serviço para a identificação de casos aptos à participação de práticas restaurativas, mediante a inclusão no relatório técnico direcionado à magistratura após o atendimento prévio à audiência

22 Conselho Nacional de Justiça. Resolução n. 562, de 03 de junho de 2024, que “Institui diretrizes de política judiciária para a estruturação, implantação e funcionamento do juiz das garantias no âmbito da Justiça Federal, Eleitoral, Militar, e dos Estados, Distrito Federal e Territórios, altera e acrescenta dispositivos da Resolução CNJ n. 213/2015, que dispõe sobre a apresentação de toda pessoa presa à autoridade judicial no prazo de 24 horas, conforme julgamento das Ações Diretas de Inconstitucionalidade n. 6.298, 6.299, 6.300 e 6.305 sobre a Lei n. 13.964/2019”. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/5601>. Acesso em 08 de julho de 2024.

23 Conselho Nacional de Justiça. Manual de proteção social na audiência de custódia: Parâmetros para o serviço de atendimento à pessoa custodiada. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/11/manual_de_protecao_social-web.pdf. Acesso em 22 de abril de 2024.

de custódia. Com a qualificação prévia do Serviço APEC para identificação dos casos, a equipe poderá sugerir à magistratura o encaminhamento da pessoa custodiada, a partir de fluxos previamente firmados, para projetos de Justiça Restaurativa existentes nas comunidades, sobretudo com os Núcleos de Justiça Restaurativa dos Tribunais de Justiça, considerando a consensualidade e a autocomposição.²⁴

Tanto o Serviço APEC como qualquer outra equipe multidisciplinar qualificada, inclusive a EA-P-Desinst, não têm a atribuição de realizar diagnósticos ou elaborar laudos periciais na ocasião da audiência de custódia. O papel dessas equipes, dentro do fluxo célere característico do momento dessa audiência, ao identificar pessoas com indícios de transtorno mental ou deficiência psicossocial e com demandas decorrentes desta condição, é mediar o contato do Poder Judiciário com as equipes da RAPS e a rede de proteção social como um todo e subsidiar a autoridade judicial com informações sobre as possibilidades de encaminhamentos para acompanhamento voluntário nos serviços da rede, que devem ser consideradas para a tomada de decisão.

Orienta-se, portanto, que, sempre que possível, sejam facilitados os atendimentos por essas equipes qualificadas e, ainda, que os relatórios informativos produzidos sejam considerados antes da entrevista com a pessoa custodiada pelo magistrado ou pela magistrada e da decisão com relação às eventuais medidas judiciais ou não a serem aplicadas ao caso concreto. Qualquer medida a ser adotada neste momento deve atentar para a avaliação do melhor tratamento em saúde, que deve ser realizada pelas equipes da RAPS e dos demais serviços de saúde e não pelo Poder Judiciário. São as equipes qualificadas também que podem intermediar o contato com pessoas de referência que sejam indicadas pela pessoa custodiada para acompanhá-la durante a audiência, conforme assegura o art. 4.º, parágrafo único, da Resolução CNJ n. 487/2023.

De acordo com o art. 8.º, II, da Resolução CNJ n. 213/2015, a autoridade judicial deve se certificar, com suporte do Serviço APEC, se a pessoa custodiada apresenta indícios de transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial. Ainda que não tenham sido constatados indícios antes da entrevista com a pessoa custodiada, ou quando não for possível a realização do atendimento prévio à audiência de custódia, a autoridade judicial tem a responsabilidade de averiguar a existência de transtornos mentais, inclusive relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Nesses casos, **orienta-se** que a equipe multidisciplinar qualificada seja acionada de imediato para prestar suporte à tomada de decisão e à análise quanto aos encaminhamentos possíveis.

A Política Antimanicomial do Poder Judiciário determina que, em regra, caberá à autoridade judicial o encaminhamento das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial para atendimento voluntário na RAPS voltado à proteção social, conforme fluxos pre-

²⁴ Conforme preconizado pelos princípios e pelas diretrizes trazidos no art. 3.º da Resolução CNJ n. 487/2023, as práticas de justiça restaurativa devem contar com a atuação de facilitadores devidamente capacitados que irão conduzir os processos restaurativos com a participação de forma voluntária das pessoas envolvidas, das famílias, juntamente com a rede de proteção social e garantia de direitos, com vistas ao interesse exclusivo do tratamento em benefício à saúde, suporte na reabilitação psicossocial por meio da inclusão social, a partir da reconstrução de laços e referências familiares e comunitárias, da valorização e do fortalecimento das habilidades da pessoa e do acesso à renda, ao trabalho, à moradia e aos serviços de saúde e de assistência social.

estabelecidos junto à rede. Assim, nos locais onde o serviço APEC ainda não está implementado e caso não haja equipe multidisciplinar no Poder Judiciário com atuação psicossocial nesses casos, **orienta-se** que, por meio do CEIMPA, sejam desenhados e pactuados fluxos com a Secretaria de Saúde e demais Secretarias de políticas setoriais, visando ao correto encaminhamento do público atendido nas audiências de custódia à rede de serviços das políticas públicas existentes, com ou sem o apoio de equipe EAP-Desinst e de acordo com as especificidades de cada território. Com o fluxo estabelecido entre os atores interinstitucionais, devem ser realizadas ações de ampla divulgação e capacitação sobre os procedimentos alinhados.

Não sendo caso de relaxamento da prisão, a avaliação quanto à necessidade e à adequação da aplicação de medidas cautelares deve ter em conta sobremaneira as condições de saúde e as demandas de acompanhamento junto à rede. Seguindo as Diretrizes de Cuidado, devem ser adotadas prioritariamente as medidas que garantam o cuidado em liberdade. **Orienta-se**, portanto, que as informações e relatórios obtidos junto ao Serviço APEC ou outra equipe multidisciplinar qualificada, às equipes conectoras e à RAPS, na ocasião da audiência de custódia, sejam considerados para que não haja imposição de medidas que dificultem o melhor tratamento disponível ou que sejam incompatíveis ou de difícil cumprimento diante do quadro de saúde e de outras condições que ampliem a vulnerabilidade social, com atenção às Resoluções do CNJ que determinam procedimentos e tratamentos específicos a determinados públicos, como a Resolução CNJ n. 287/2019,²⁵ a n. 348/2020,²⁶ a n. 369/2021,²⁷ a n. 405/2021,²⁸ e a n. 425/2021.²⁹

Nesse sentido, a Resolução n. 487/2023, no art. 7.º, §1.º, e a Resolução n. 412/2021³⁰, no art. 8.º, parágrafo único, **contraindicam** a imposição da medida de **monitoração eletrônica** quando se tratar de pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial, inclu-

25 Conselho Nacional de Justiça. Resolução n. 287, de 25 de junho de 2019, que “Estabelece procedimentos ao tratamento das pessoas indígenas acusadas, réis, condenadas ou privadas de liberdade, e dá diretrizes para assegurar os direitos dessa população no âmbito criminal do Poder Judiciário”. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2959>. Acesso em 22 de abril de 2024.

26 Conselho Nacional de Justiça. Resolução n. 348, de 13 de outubro de 2020, que “Estabelece diretrizes e procedimentos a serem observados pelo Poder Judiciário, no âmbito criminal, com relação ao tratamento da população lésbica, gay, bissexual, transexual, travesti ou intersexo que seja custodiada, acusada, ré, condenada, privada de liberdade, em cumprimento de alternativas penais ou monitorada eletronicamente”. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3519>. Acesso em 22 de abril de 2024.

27 Conselho Nacional de Justiça. Resolução n. 369, de 19 de janeiro de 2021, que “Estabelece procedimentos e diretrizes para a substituição da privação de liberdade de gestantes, mães, pais e responsáveis por crianças e pessoas com deficiência, nos termos dos arts. 318 e 318-A do Código de Processo Penal, e em cumprimento às ordens coletivas de habeas corpus concedidas pela 2ª Turma do Supremo Tribunal Federal nos HCs n. 143.641/SP e n. 165.704/DF”. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3681>. Acesso em 22 de abril de 2024.

28 Conselho Nacional de Justiça. Resolução n. 405, de 06 de julho de 2021, que “Estabelece procedimentos para o tratamento das pessoas migrantes custodiadas, acusadas, réis, condenadas ou privadas de liberdade, inclusive em prisão domiciliar e em outras formas de cumprimento de pena em meio aberto, em cumprimento de alternativas penais ou monitoração eletrônica e confere diretrizes para assegurar os direitos dessa população no âmbito do Poder Judiciário”. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4030>. Acesso em 22 de abril de 2024.

29 Conselho Nacional de Justiça. Resolução n. 425, de 08 de outubro de 2021, que “Institui, no âmbito do Poder Judiciário, a Política Nacional Judicial de Atenção a Pessoas em Situação de Rua e suas interseccionalidades”. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4169>. Acesso em 22 de abril de 2024.

30 Conselho Nacional de Justiça. Resolução n. 412, de 23 de agosto de 2021, que “Estabelece diretrizes e procedimentos para a aplicação e o acompanhamento da medida de monitoramento eletrônico de pessoas”. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4071>. Acesso em 27 de setembro de 2024.

sive aquelas em sofrimento mental relacionado ao uso abusivo de álcool e outras drogas. O uso do equipamento de monitoração por si só, assim como eventuais condições impostas à medida, devido às exigências para seu funcionamento e cumprimento e ao estigma, provocam e acentuam vulnerabilidades que podem acarretar restrições à vida social, inclusive no acesso à saúde, na contramão do que se propõe como diretriz de cuidado.

É **indicada** a aplicação de outras medidas em liberdade, diferentes da prisão domiciliar em substituição à prisão preventiva, que somente deve ocorrer quando a adoção dessas outras medidas em liberdade não se demonstrar suficiente. Nos casos em que se avalie necessária a aplicação da prisão domiciliar, devem ser viabilizados a possibilidade de tratamento adequado na RAPS e na rede de saúde e o exercício de outras atividades que reforcem a autonomia da pessoa, nos termos do art. 8.º da Resolução CNJ n. 487/2023.

No que se refere à adoção da internação provisória como medida cautelar, a própria previsão legal do inciso VII do art. 319 do CPP impõe requisitos – crimes praticados com violência ou grave ameaça, quando os peritos concluírem ser inimputável ou semi-imputável e houver risco de reiteração – que tornam sua aplicação inviável no âmbito da audiência de custódia, uma vez que a celeridade e imediatidade da audiência são incompatíveis com a realização da perícia demandada, a ser realizada de acordo com o art. 159 do CPP. O art. 319, VII, deve ser atualizado e interpretado a partir das diretrizes da Lei n. 10.216/2001 e da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, que determinam que a internação em leito hospitalar, inclusive provisória, somente poderá ocorrer em hipóteses absolutamente excepcionais, mediante prescrição por equipe de saúde da RAPS, com indicação fundada exclusivamente em razões clínicas de saúde e enquanto necessária ao restabelecimento da saúde da pessoa. Ainda, quando a avaliação da equipe de saúde indicar internação, **orienta-se** que esta ocorra para que seja atendida a necessidade terapêutica, independentemente da decretação de medida de internação provisória, podendo ser adotadas, quando necessário, outras medidas cautelares diversas da prisão compatíveis com a condição de saúde.

Adotando a Lei n. 10.216/2001, ademais, conforme a Resolução CNJ n. 213/2015, em seu art. 9.º, §3.º e no Protocolo I, é **contraindicada** a aplicação de **medidas cautelares para tratamento ou internação compulsória** de pessoas autuadas em flagrante que apresentem quadro de transtorno mental ou uso abusivo de álcool e outras drogas. Essas medidas não estão previstas no rol taxativo do art. 319 do Código de Processo Penal (CPP), que deve ser interpretado à luz dos princípios da legalidade estrita e da tipicidade processual, que tornam inadmissível a adoção de medidas cautelares atípicas pela autoridade judicial em detrimento do “*status libertatis*” e da esfera jurídica da pessoa investigada.³¹ Além disso, a imposição de tratamento desse modo viola o princípio da voluntariedade e autonomia, devendo ser empregado o modelo de encaminhamento voluntário, conforme o art. 9.º, § 3.º, da Resolução CNJ n. 213/2015, e seu Protocolo I, e o art. 4.º da Resolução CNJ n. 487/2023, sem natureza cautelar. Nesse ponto, cumpre ressaltar que a Lei n.

31 Conselho Nacional de Justiça. Manual sobre tomada de decisão na audiência de custódia: Parâmetros gerais. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/10/Manual_juridico_aud.custodia-1-web.pdf. Acesso em 22 de abril de 2024.

10.216/2001, com procedimentos disciplinados na Política Antimanicomial do Poder Judiciário, não admite novas institucionalizações – ou a transinstitucionalização – em espaços asilares como hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, que, portanto, não devem ser considerados como possibilidade de encaminhamento no contexto da audiência de custódia.

Da mesma maneira, em analogia ao art. 13, §1.º da Resolução CNJ n. 487/2023, **orienta-se**, na audiência de custódia, que a autoridade judicial atue para que nenhuma pessoa com transtorno mental seja colocada ou mantida em unidade prisional, ainda que em enfermaria. Assim, quando necessárias, devem ser consideradas outras medidas cautelares mais adequadas às condições e ao acompanhamento de saúde da pessoa custodiada.

Nos casos em que for identificado que a pessoa apresentada está em situação de crise em saúde mental no momento da audiência de custódia, inclusive decorrente do uso abusivo de álcool ou outras drogas, é fundamental o acionamento das equipes da RAPS para que se procedam as tentativas de manejo da crise, conforme o art. 5.º da Resolução CNJ n. 487/2023. Ressalta-se que, embora as equipes multidisciplinares qualificadas, como o Serviço APEC, devam apoiar a identificação e o acompanhamento desses casos, estas não são responsáveis pelo manejo e podem fornecer suporte para o acionamento da equipe adequada conforme os fluxos pactuados.

Caso as tentativas de manejo da crise tenham se esgotado, com o apoio da equipe da RAPS e da equipe multidisciplinar qualificada, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou outros serviços da RAPS poderão ser acionados para a garantia do atendimento em saúde no serviço adequado, de acordo os fluxos locais. Nessas situações, deverá ser registrada a não realização da audiência de custódia, com indicação de realização posterior quando do restabelecimento da condição de saúde.

Sem excluir a importância da realização posterior da audiência de custódia, **orienta-se**, nos casos de crise em saúde mental e deslocamento para atendimento em serviço de saúde, que a autoridade judicial realize imediatamente a análise quanto à legalidade do flagrante, que pode incorrer no relaxamento imediato da prisão, se constatada alguma ilegalidade. Conforme determina o art. 5.º, §2.º da Resolução CNJ n. 487/2023, as informações provenientes da equipe de saúde do estabelecimento ao qual a pessoa foi encaminhada são fundamentais para a averiguação de eventuais situações de tortura e maus-tratos, bem como para a avaliação acerca da necessidade e da adequação da aplicação de medidas cautelares, que deve estar em consonância com o acompanhamento de saúde e o PTS.

No contexto da audiência de custódia, cumpre reforçar, ainda, que não se trata do momento mais adequado para instauração de incidente ou tomada de decisão acerca da imputabilidade da pessoa apresentada, uma vez que, além de demandar diligências e conclusões inviáveis dentro do prazo legal de 24 horas para a realização do ato, trata-se de prova pericial constituída em favor da defesa e interfere na estratégia desta. O melhor momento para eventual instauração de incidente para análise sobre a imputabilidade é em fase posterior do processo, ainda durante o inquérito ou na

fase de conhecimento, pelo juízo das garantias³² ou pelo juízo do conhecimento, quando forem reunidos elementos suficientes que indiquem sua necessidade. Neste caso, salienta-se que, conforme o parágrafo único do art. 10 da Resolução CNJ n. 487/2023, o incidente de insanidade mental é prova pericial constituída em favor da defesa. Ademais, nos termos do art. 10, *caput*, quando necessária, **orienta-se** que a análise sobre a imputabilidade seja qualificada com informações sobre o atendimento da pessoa nos serviços aos quais esteja vinculada, que podem ser solicitadas com o apoio da EAP-Desinst e outras equipes conectoras, respeitado o sigilo das informações pessoais e médicas.

2.2 Orientações acerca da necessidade de tratamento em saúde mental no curso da prisão preventiva ou outras medidas cautelares e no curso da execução da pena

A Política Antimanicomial do Poder Judiciário, com vistas à garantia do direito à saúde integral e do direito ao tratamento em benefício à saúde, estabelece parâmetros para que o Poder Judiciário atue na efetivação desses direitos também no curso da **prisão preventiva ou de outra medida cautelar** e no curso da **execução da pena**.

Em ambos os casos, conforme dispõe a Resolução CNJ n. 487/2023, caberá à autoridade judicial envidar esforços para a garantia do direito à saúde mental caso a pessoa necessite de tratamento. E, conforme preceitua a Lei Federal n. 10.216/2001, o tratamento em saúde mental deve-se dar pelos **meios menos invasivos possíveis**, preferencialmente em **serviços abertos e comunitários** (art. 2.º, incisos VIII e IX).

Cabe mencionar que o recebimento de notícias de casos de pessoas que demandam tratamento em saúde mental no curso da prisão processual ou outra medida cautelar ou no curso da execução da pena poderá ser feita por vias diversas. Diante disso, **orienta-se** aos tribunais, por meio dos GMFs e das autoridades judiciais com atribuição, que envidem esforços para estabelecimento de canais de comunicação contínua com a administração penitenciária, com as equipes de saúde prisional e demais serviços de saúde, com demais órgãos judiciários, com órgãos de controle social e sociedade civil organizada, buscando, assim, promover o direito ao acesso à saúde mental de todas as pessoas em situação de restrição ou privação de liberdade que dele necessitem.

32 Brasil. Lei n. 13.964, de 24 de dezembro de 2019, que “Aperfeiçoa a legislação penal e processual penal”. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/13964.htm#promulgacao. Acesso em 08 de julho de 2024; Conselho Nacional de Justiça. Resolução n. 562, de 03 de junho de 2024, que “Institui diretrizes de política judiciária para a estruturação, implantação e funcionamento do juiz das garantias no âmbito da Justiça Federal, Eleitoral, Militar, e dos Estados, Distrito Federal e Territórios, altera e acrescenta dispositivos da Resolução CNJ n. 213/2015, que dispõe sobre a apresentação de toda pessoa presa à autoridade judicial no prazo de 24 horas, conforme julgamento das Ações Diretas de Inconstitucionalidade n. 6.298, 6.299, 6.300 e 6.305 sobre a Lei n. 13.964/2019”. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/5601>. Acesso em 08 de julho de 2024.

Tais informações também poderão ser coletadas em **inspeções ordinárias e/ou extraordinárias** realizadas pela autoridade judicial e/ou GMFs.

Como dispõe a Resolução CNJ n. 487/2023, caso a pessoa necessite de tratamento em saúde mental no **curso de prisão processual ou outra medida cautelar** em vigor, **cabará à autoridade judicial reavaliar a necessidade e adequação** dela (art. 9.º). Em caso de necessidade de tratamento em saúde mental no **curso da execução da pena**, a **autoridade judicial avaliará a necessidade e adequação da prisão em vigor** (art. 15).

A avaliação da adequação da prisão processual ou outra medida cautelar ou da pena deverá ser orientada pela garantia do direito à saúde mental e ser balizada a partir do estudo do caso concreto, ouvidos a equipe multidisciplinar, o Ministério Público e a defesa, nos casos determinados pela supracitada Resolução. Considerada a demanda de atenção à saúde, **orienta-se** à autoridade judicial que zele pela garantia do direito ao melhor tratamento do sistema de saúde, legislado no âmbito da Lei Federal n. 10.216/2001 (art. 2.º, inciso I).

Nesse diapasão, deve ser assegurada, conforme prevê a **Lei de Execução Penal** (Lei Federal n. 7.210/1984), a assistência à saúde no âmbito do estabelecimento penal ou em outro local, quando necessário (art. 11; art. 14). Vale mencionar, nesse âmbito, que o Supremo Tribunal Federal (STF), no julgamento da **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 347**, reconheceu o estado de coisas inconstitucional do sistema carcerário brasileiro em decorrência, também, do déficit no fornecimento de bens e serviços essenciais. Diante disso, a avaliação da adequação da prisão processual ou da pena privativa de liberdade deverá levar em conta as condições concretas do estabelecimento penal e as possibilidades reais de oferta de cuidado especializado em saúde mental.

Orienta-se, nesse ínterim, que a autoridade judicial proceda com a averiguação das condições de cumprimento da prisão processual ou da pena privativa de liberdade no que tange o acesso à saúde, considerando, para isso, a habitabilidade e a salubridade do estabelecimento penal, bem como os serviços ofertados intramuros, com critérios objetivos relacionados à presença e à composição de equipe técnica de saúde, possibilidade de transporte para serviços externos, acesso a tratamentos e medicamentos, entre outros. Para tal averiguação, poderá a autoridade judicial valer-se de inspeções *in loco*, conforme prevê a Lei Federal n. 7.210/1984 e a Resolução CNJ n. 47/2007.

Na avaliação do caso concreto de necessidade de tratamento em saúde mental, **orienta-se**, também, observar a situação de vulnerabilidade e hipervulnerabilidade da pessoa em situação de privação de liberdade, com especial atenção a mulheres; pessoas negras; pessoas indígenas; pessoas LGBTQIAPN+; gestantes, mães, pais e responsáveis por crianças e pessoas com deficiência; pessoas migrantes; e pessoas em situação de rua. Observações adicionais à política judiciária destinada a esses públicos podem ser respaldadas na Resolução CNJ n. 287/2019, na n. 348/2020, na n. 369/2021, na n. 405/2021, e na n. 425/2021.

A partir da avaliação da situação concreta, **orienta-se** que a autoridade judicial imprima as diligências necessárias ao tratamento em saúde mental, com o encaminhamento para os serviços da RAPS do território. Para isso, poderá a autoridade judicial valer-se do apoio da equipe responsável pela saúde prisional, em caso de pessoa em situação de privação de liberdade provisoriamente ou em execução de pena privativa de liberdade; ou mesmo da própria RAS, naqueles casos de outras medidas cautelares ou pena restritiva de direitos em vigor. A autoridade judicial poderá solicitar o apoio, também, da EAP-Desinst, da equipe conectora ou da equipe multidisciplinar qualificada.

Nos casos concretos de reavaliação da prisão processual ou outras medidas cautelares, a autoridade judicial poderá contar com a qualificação das equipes que prestam atendimento no processo de análise sobre a imputabilidade da pessoa, resguardado o sigilo nas informações prestadas, conforme Lei Federal n. 10.216/2001 e as codificações de ética das áreas profissionais.

Importa observar, ademais, que é direito assegurado à pessoa com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial o tratamento visando à sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade (Lei Federal n. 10.216, art. 2.º, inciso II). Diante disso, **orienta-se** que a autoridade judicial proceda, com o apoio da RAPS, EAP-Desinst ou congêneres, ao encaminhamento da pessoa para os demais programas, projetos, serviços e benefícios nas diferentes políticas públicas, em especial aqueles vinculados ao SUAS, observando os protocolos e fluxos estabelecidos no âmbito local. Tal encaminhamento encontra suporte na Resolução CNJ n. 487/2023 (art. 9.º, parágrafo único), como também na Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que estabelece como princípio organizativo do SUAS a:

[...] articulação intersetorial de competências e ações entre o SUAS e o Sistema Único de Saúde – SUS, por intermédio da rede de serviços complementares para desenvolver ações de acolhida, cuidados e proteções como parte da política de proteção às vítimas de danos, drogadição, violência familiar e sexual, **deficiência**, fragilidades pessoais e **problemas de saúde mental** [...] (Brasil, 2004, p. 88, grifos nossos).

A avaliação da necessidade e da adequação da prisão processual ou de outra medida cautelar ou da pena privativa de liberdade orienta-se pela primazia da garantia do direito à saúde. Por isso, assim como na avaliação da medida cautelar no âmbito da audiência de custódia (dispostos no art. 7.º e no art. 8.º da Resolução CNJ n. 487/2023), **orienta-se** que sejam estabelecidas medidas, caso necessário, que não dificultem o acesso ou a continuidade do tratamento em saúde mental.

Portanto, **orienta-se** a adoção de medidas distintas do monitoramento eletrônico ou da prisão domiciliar, que podem implicar desafios ao acesso aos serviços comunitários de saúde mental e demais políticas públicas e sociais, bem como aumentar o estigma já sofrido por essa população. Ademais, considerando os princípios básicos da Reforma Psiquiátrica, recepcionada pela Política Antimanicomial do Poder Judiciário, **orienta-se** a não aplicação de medidas que incidam na tran-

sinstitucionalização para instituições com características asilares como Hospitais Psiquiátricos, Comunidades Terapêuticas³³, unidades prisionais ou congêneres.

No que concerne aos laudos e perícias, **orienta-se** que os magistrados e as magistradas considerem, em suas decisões, as avaliações biopsicossociais das equipes técnicas que acompanham cada caso concreto (EAP-Desinst, CAPS, Equipes Multiprofissionais dos GMFs, Equipes Conectoras, entre outras disponíveis nos territórios). É **contraindicado** que as pessoas aguardem presas em unidades prisionais ou outras instituições asilares congêneres a realização de exames, avaliações e perícias.

2.3 Orientações acerca da desinstitucionalização

Além da necessária alteração dos fluxos de porta de entrada do Sistema de Justiça Criminal / Penal, com atuação qualificada nas audiências de custódia, visando ao melhor tratamento em saúde mental, uma das etapas necessárias à implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário é o processo de desinstitucionalização das pessoas que cumprem medida de segurança em estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico ou em locais correlatos ou em unidades prisionais. Tais esforços para sua efetivação baseiam-se na Lei Federal n. 10.216/2001 que, como supracitado, veda a internação em instituições com características asilares e que não assegurem os direitos legislados de tais pessoas (art. 2.º; art. 4.º, § 3.º).

Como afirmado, o processo de desinstitucionalização no âmbito do Poder Judiciário volta-se à efetivação dos direitos incorporados ao ordenamento jurídico pátrio com *status* constitucional pela internalização da CDPD e pela Lei Federal n. 10.216/2001. Nesse interregno, a determinação pela desinstitucionalização no âmbito da Resolução CNJ n. 487/2023 volta-se à garantia do interesse exclusivo de benefício à saúde, permeado pela corresponsabilidade entre as diferentes políticas públicas.

Sua **implementação**, por conseguinte, **implica a interdição dos espaços caracterizados como asilares**. Vale ressaltar que a Resolução CNJ n. 487/2023, em alusão à Lei Federal n. 10.216/2001, engloba quaisquer espaços de caráter asilar que fazem a custódia de pessoas em cumprimento de medida de segurança, de pessoas que permanecem em tais espaços apesar da extinção da medida ou da existência de ordem de desinternação condicional, e de pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial que estejam em prisão processual ou cumprimento de pena. Nesse sentido, abarca HCTPs ou congêneres (como Unidades Psiquiátricas de Custódia; Centros Psiquiátricos Judiciários, Complexos Médicos Penais, entre outros), Unidades Prisionais ou Alas destinadas ao público supracitado e Hospitais Psiquiátricos.

³³ Ver tópico 2.4, a seguir.

Para a interdição e conseguinte desinstitucionalização, é necessário que a autoridade judicial envide esforços com vistas à garantia do direito à saúde, alta planejada e reabilitação psicossocial assistida em meio aberto. A Resolução CNJ n. 487/2023 estabelece dois passos para tanto: a revisão dos processos, a fim de avaliar a possibilidade de extinção da medida em curso, a progressão para tratamento ambulatorial em meio aberto ou a transferência para estabelecimento de saúde adequado (art. 16); e a determinação de elaboração de PTS para todos os pacientes em medida de segurança que ainda estiverem internados.

Salienta-se a potencialidade de atuação dos CEIMPA's - além das outras etapas para a implementação da Política destacadas no presente Protocolo - no apoio ao processo de desinstitucionalização a partir das pactuações entre Judiciário e Executivo em ações referentes a: documentação civil, elaboração de PTS, encaminhamento adequado aos serviços da rede, retomada e fortalecimento de vínculos familiares, quando possível, concessão de benefícios socioassistenciais etc., pois o **processo de desinstitucionalização** não deve ser entendido apenas como retirada das pessoas dos estabelecimentos com características asilares, mas compreende uma gama de ações para o restabelecimento do cuidado em liberdade, inclusive para reabilitação de danos causados pela institucionalização, que se conceitua pela experiência de perda de autonomia, independentemente do tempo de permanência na(s) instituição(ões) asilar(es).

Assim, **orienta-se** à autoridade judicial que a revisão dos processos de que trata o art. 16 da Resolução CNJ n. 487/2023 seja feita tomando como base os direitos assegurados na CDPD e na Lei Federal n. 10.216/2001 (art. 2.º). Para isso cabe à autoridade judicial realizar tal revisão com o suporte das equipes de saúde prisional vinculadas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), conforme prevê a Portaria Interministerial MS n. 1, de 2 de janeiro de 2014 (art. 7.º); bem como da RAPS, EAP-Desinst, outra equipe conectora e/ou da equipe multidisciplinar qualificada e do CEIMPA.

Tais equipes também deverão estar envolvidas na elaboração do PTS para todas as pessoas em medida de segurança que ainda estiverem internadas em instituições com características asilares (HTCPs, Unidades Prisionais, Hospitais Psiquiátricos, entre outros). **Caberá à autoridade judicial determinar a elaboração de tais projetos**, conforme prevê a Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

O PTS, conforme já exposto, deverá ser guiado pela singularização do tratamento, considerando a individualidade de experiências e necessidades de cada usuário ou usuária. Destarte, **orienta-se** à autoridade judicial que envide esforços com vistas à qualificação e integração das diferentes políticas públicas, para o estabelecimento de fluxo, comunicação permanente e ações de referenciamento e contrarreferenciamento no território mediante instituição e atuação articulada do CEIMPA.

Compreende-se que o processo de desinstitucionalização é desafiador em decorrência, sobretudo, dos danos causados pela institucionalização e pelos estigmas a que estão submetidas as pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial. Nesse cenário, é importante que a autoridade judicial, em corresponsabilidade com os demais atores, construa

estratégias de implementação qualificada, alta planejada e monitoramento dos serviços envolvidos no PTS de cada pessoa usuária.

Nessa seara, **orienta-se** também à autoridade judicial que estabeleça, junto aos demais Poderes, ações para a garantia da integralidade do cuidado em saúde mental em liberdade e para a qualificação das redes de saúde, assistência social e outras. Deve-se levar em conta que a ausência de capacidade estatal para a garantia de direitos constitucionais não poderá ser justificativa para sua violação, implicada no processo de institucionalização das pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial.

Do mesmo modo, o cuidado à saúde integral em liberdade e a perspectiva do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários devem ser guias para o processo de desinstitucionalização, entretanto deve-se ter atenção à reprodução de perspectiva familista que, geralmente, sobrecarrega mulheres e contribui à desigualdade de gênero. Conforme preconiza a Constituição Federal e a PNAS, a família é fundamental à proteção social, mas “para a família prevenir, proteger, promover e incluir seus membros é necessário, em primeiro lugar, garantir condições de sustentabilidade para tal” (Brasil, 2004, p. 41).

Portanto, **orienta-se** à autoridade judicial que, no processo de desinstitucionalização, envide esforços com vistas à garantia, com base em fluxos bem estabelecidos, da proteção social das famílias das pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial. Tais esforços perpassam o diálogo com as políticas públicas que objetivam a recomposição e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, bem como na oferta, pela política de saúde, de cuidado qualificado e acessível às pessoas com transtorno mental e apoio aos cuidados e ao manejo exercido pelas famílias, na perspectiva de não penalização de famílias que assumam o trabalho de cuidado.

No processo de preparação para a desinstitucionalização, a autoridade judicial poderá se deparar com casos em que houve, por conta do processo de institucionalização ou de situações de violência, rompimento de vínculos familiares e comunitários. Tal situação, ainda que complexa, não poderá ser justificativa para a permanência da institucionalização ou ainda para uma transinstitucionalização. Nesses casos, também será fundamental a qualificação de fluxos com as políticas de Saúde e de Assistência Social, visto que esta última tem como objetivo promover a convivência e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, bem como a construção ou a reconstrução de projetos de vida.

Conforme prevê o art. 3.º da Resolução CNJ n. 487/2023, a restauratividade é um meio de promoção da harmonia social, a partir da garantia do acesso aos direitos fundamentais e visando à reversão das vulnerabilidades sociais. Nesse sentido, outras iniciativas que podem ser orientadas voltam-se às práticas restaurativas e poderão ser possibilitadas pela autoridade judicial. Portanto, tendo em vista a possibilidade de construção de saídas por meio do compartilhamento de responsabilidades e da articulação intersetorial a partir da singularização do tratamento e em consonância com o art. 19 da Resolução supramencionada, **orienta-se** “sempre que possível, em

qualquer fase processual, a derivação de processos criminais que envolvem pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial para programas comunitários ou judiciários de justiça restaurativa, a partir da utilização de vias consensuais alternativas, visando à desinstitucionalização, em consonância com os princípios norteadores da justiça restaurativa presentes na Resolução CNJ n°225/2016”.

No âmbito do Poder Judiciário, pode-se buscar construir com os Núcleos de Justiça Restaurativa a condução das práticas restaurativas na construção do processo de desinstitucionalização, tendo como premissa a corresponsabilidade e a interinstitucionalidade, participação dos envolvidos de forma voluntária e das famílias, juntamente com a rede de proteção social e garantia de direitos, com vistas ao suporte na reabilitação psicossocial por meio da inclusão social, a partir da reconstrução e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

Nesse sentido, **orienta-se** à autoridade judicial que estabeleça, em corresponsabilidade com as políticas de Assistência Social e Direitos Humanos no território, ações de articulação para a garantia de direitos. Entretanto, deve-se ter atenção ao resguardo de princípios, normas e orientações técnicas que envolvem os serviços, programas, projetos e benefícios do SUAS, não devendo haver desvio das funções inerentes a cada Política.

Ainda nesse âmbito, **orienta-se** à autoridade judicial que tenha atenção às demandas e à própria relação entre o Sistema de Justiça e o SUAS. Destaca-se a necessidade de atenção à Nota Técnica n. 02, de 11 de maio de 2016, da Secretaria Nacional de Assistência Social do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (SNAS/MDS),³⁴ que estabelece parâmetros para a relação necessária entre SUAS e Sistema de Justiça, bem como as Notas Técnicas produzidas por Conselhos de Classe Profissional e a Resolução n. 119, de 4 de agosto de 2023, do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), que “aprova os parâmetros para a atuação do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) na relação interinstitucional da rede socioassistencial com o Sistema de Justiça e outros Órgãos de Defesa e Garantia de Direitos”.³⁵

Ainda, é **contraindicada** a excessiva judicialização³⁶ das políticas públicas, como a Saúde e a Assistência Social, sem antes se buscarem as vias administrativas na pactuação de fluxos e de saídas

34 Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Nota Técnica n. 02, de 11 de maio de 2016, que dispõe sobre a “Relação entre o Sistema Único de Assistência Social- SUAS e os órgãos do Sistema de Justiça”. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/assistencia_social/nota_tecnica_120520016.pdf. Acesso em 23 de julho de 2024.

35 Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução n. 119, de 04 de agosto de 2023, que “Aprova os parâmetros para a atuação do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) na relação interinstitucional da rede socioassistencial com o Sistema de Justiça e outros Órgãos de Defesa e Garantia de Direitos”. Disponível em: <http://blog.mds.gov.br/redesuas/wp-content/uploads/2023/09/RESOLU%C3%87-C3%83O-CNASMDS-N%C2%BA-119-de-04-de-setembro-depois-da-publica%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em 23 de julho de 2024.

36 Conselho Nacional de Justiça. Relatório Analítico Propositivo Justiça Pesquisa. Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. / Conselho Nacional de Justiça; Instituto de Ensino e Pesquisa - INSPER. – Brasília: CNJ, 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/66361404dd5ceaf8c5f7049223bdc709.pdf>. Acesso em 24 de julho de 2024. Conselho Nacional de Justiça. Judicialização e saúde: ações para acesso à saúde pública de qualidade / Conselho Nacional de Justiça; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. – Brasília: CNJ, 2021. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/06/Relatorio_Judicializacao-e-Sociedade.pdf. Acesso em 24 de julho de 2024.

interinstitucionais, uma vez que a judicialização pode incorrer em determinações inadequadas (atribuições que estejam fora da competência de determinado serviço ou política), compulsórias ou de caráter de transinstitucionalização, cuja orientação vai de encontro com as diretrizes da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, e, ainda, podem ocasionar desarranjos importantes quanto à destinação de recursos e à cobertura de políticas essenciais.

Por fim, ressalta-se, mais uma vez, a primazia do direito à saúde e, nesse sentido, **orienta-se** que o melhor tratamento em saúde, assim como sua suspensão ou alteração de conduta, sejam indicados pelas equipes de saúde e não pelo Judiciário, tendo em vista a competência, as especificidades da atribuição de cada serviço/profissional e a expertise na temática.

Nesse sentido, com a corresponsabilidade, ainda que marcada pela divisão de competências entre Poder Judiciário e Poder Executivo, substancialmente ao que tange à política pública de Saúde, compreende-se que o processo de desinstitucionalização implica, necessariamente, a assunção de responsabilidades diferenciadas, nas quais o tratamento em saúde passa a ser planejado e provido pelo SUS em interface com as demais políticas sociais e com o Poder Judiciário, que atuará para o adequado direcionamento ao devido tratamento, sobretudo pela mudança de perspectiva acerca da medida de segurança adotada pelo Estado Brasileiro com a Lei Federal n. 10.216/2001.

Todas essas ações, quando observadas pela autoridade judicial, possibilitarão a implementação responsiva da Política Antimanicomial do Poder Judiciário com a interdição total e o fechamento de HCTPs ou instituições congêneres e com o estabelecimento de fluxos intersetoriais de atenção, conforme determina a Lei Federal n. 10.216/2001 e a Resolução CNJ n. 487/2023.

2.4 Orientações acerca da não transinstitucionalização

É fundamental ressaltar que, no processo de desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei, é imprescindível **evitar de todas as formas a transinstitucionalização**. Isso significa que não deve ocorrer a transferência desses indivíduos do HCTP, ou qualquer estabelecimento similar, para Hospitais Psiquiátricos convencionais, Comunidades Terapêuticas ou qualquer instituição que mantenha características manicomiais, asilares ou prisionais. O §3.º do artigo 4.º da Lei n. 10.216 determina que fica “vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares”, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos incluindo serviços médicos, de serviço social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros, além dos direitos enumerados no parágrafo único do art. 2.º da referida lei.

Vale destacar, no mesmo sentido, que tampouco há amparo normativo para que as Comunidades Terapêuticas acolham pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. O §1.º, do art. 26, da **Lei n. 13.840**, ao tratar do acolhimento em Comunidades Terapêuticas, determina que “não

são elegíveis para o acolhimento das pessoas com comprometimentos biológicos e psicológicos de natureza grave que mereçam atenção médico-hospitalar contínua ou de emergência, caso em que deverão ser encaminhadas à rede de saúde”.

Ademais, o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) editou a Resolução CNAS/MDS n. 151, de 23 de abril de 2024,³⁷ que dispõe sobre o **não reconhecimento das comunidades terapêuticas** e entidades de cuidado, prevenção, apoio, mútua ajuda, atendimento psicossocial e ressocialização de dependentes do álcool e outras drogas e seus familiares como entidades e organizações de assistência social e sua não vinculação ao SUAS. Na mesma linha, a Resolução do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) n. 249, de 10 de julho de 2024,³⁸ que dispõe sobre a **proibição do acolhimento de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas**, considera que as Comunidades Terapêuticas não seguem os princípios da reforma psiquiátrica, tampouco prestam serviço de caráter transitório, em decorrência dos princípios administrativos, técnicos e logísticos das referidas instituições; e a Resolução do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD) n. 10, de 19 de julho de 2024,³⁹ que suspendeu a eficácia da Resolução CONAD n. 3, de 24 de julho de 2020, e, com isso, iniciou o processo de desinstitucionalização de crianças e adolescentes acolhidos em Comunidades Terapêuticas.

Em suma, a transinstitucionalização, ou seja, a mudança de um ambiente institucional com características asilares para outro sem a efetiva desinstitucionalização, contradiz os princípios da reorientação do modelo assistencial em saúde mental (Reforma Psiquiátrica) e da Política Antimanicomial do Poder Judiciário. O objetivo da desinstitucionalização é promover a reintegração social, a dignidade e a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, garantindo-lhes tratamento em ambientes que respeitem os direitos humanos e promovam sua recuperação.

Assim sendo, torna-se imperativo que todas as medidas e estratégias implementadas no âmbito do processo de desinstitucionalização estejam direcionadas para fomentar o cuidado em um contexto de liberdade, com a devida disponibilização dos serviços da RAPS e das políticas públicas. Além disso, é de extrema importância priorizar a inclusão social e o respeito à autonomia das pessoas envolvidas, com atuação da rede Socioassistencial e das demais políticas sociais, evitando, de maneira categórica, qualquer forma de reingresso em estruturas institucionais inadequadas, sejam elas de natureza manicomial, asilar ou prisional.

37 Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1ijzG7wt7zHEfRdMjRVw43zxKqA8Ov-H/view>. Acesso em 24 de julho de 2024.

38 Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/blob/baixar/53659>. Acesso em 24 de julho de 2024.

39 Disponível em: <https://www.gov.br/mj-pt-br/assuntos/sua-protECAo/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atos-do-conad-1/2024/RESOLUOCONADN10DE19DEJULHODE2024.pdf>. Acesso em 13 agosto de 2024.

3 Educação Permanente em Políticas Penais e Judiciárias, Saúde Mental e Assistência Social

Como se descreveu anteriormente, as etapas indispensáveis para a implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário implicam, necessariamente, a qualificação e a sensibilização de profissionais da rede para seus objetivos na persecução da atenção integral às pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial.

Deve-se considerar que a longa história de manicomialização e institucionalização de determinados grupos sociais, sobretudo de pessoas com vulnerabilidade acrescida, e o paradigma da periculosidade podem ser barreiras para a qualificação da atuação, o que deve ser superado conjuntamente e em espaços permanentes de formação.

Ademais, o diagnóstico nacional sobre as práticas de cuidado das pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial, realizado pelo CNJ em 2021, identificou, entre as principais demandas para atuação, a produção de conhecimentos, a qualificação profissional e a articulação interinstitucional (CNJ, 2023).

Nesse sentido, com este Protocolo Interinstitucional, propõe-se aos atores da rede uma perspectiva de educação permanente, a ser promovida pelos CEIMPAs com a colaboração de expertos e expertas na Política Antimanicomial e/ou em temas transversais. Além de cursos, seminários e outros eventos já disponíveis para formação – a exemplo do “Seminário Internacional de Saúde Mental: possibilidades para a efetivação da Política Antimanicomial na interface com o Poder Judiciário”,⁴⁰ promovido pelo CNJ em parceria com o Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (TJPR) –, sugere-se que os CEIMPAs oportunizem fomento, apoio, proposição e realização de cursos, eventos formativos, workshops e capacitação de profissionais. Sugere-se, de maneira não taxativa, a educação permanente acerca dos seguintes temas:

- História do atendimento a pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial;
- Luta antimanicomial e Reforma Psiquiátrica;
- Determinantes sociais da saúde e modelo biopsicossocial da deficiência;

⁴⁰ Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/agendas/seminario-internacional-de-saude-mental-possibilidades-para-a-efetivacao-da-politica-antimanicomial-na-interface-com-o-poder-judiciario/>. Acesso em 22 de abril de 2024.

- Grupos e pessoas com vulnerabilidade acrescida e enfrentamento às opressões estruturais (racismo, misoginia, LGBTQIAPN+fobia, entre outras);
- Intersetorialidade, cuidado e garantia de direitos de pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial;
- Projeto Terapêutico Singular e diretrizes de cuidado em saúde mental;
- Política Nacional de Saúde Mental e Rede de Atenção Psicossocial;
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP);
- Familismo e Estado brasileiro, políticas públicas e fortalecimento da proteção social;
- Perspectivas jurídicas da Política Antimanicomial do Poder Judiciário;
- Interface entre o Sistema de Justiça e o Sistema Único de Saúde (SUS);
- Interface entre o Sistema de Justiça e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS);
- Financiamento das políticas públicas de saúde e implementação de equipes conectoras;
- Processos de trabalho e metodologias de atendimento com foco na singularidade da atenção às pessoas com transtorno mental;
- Perspectivas de proteção das pessoas com transtorno mental: promoção da convivência familiar e comunitária, acesso a direitos e enfrentamento a estigmas e preconceitos.

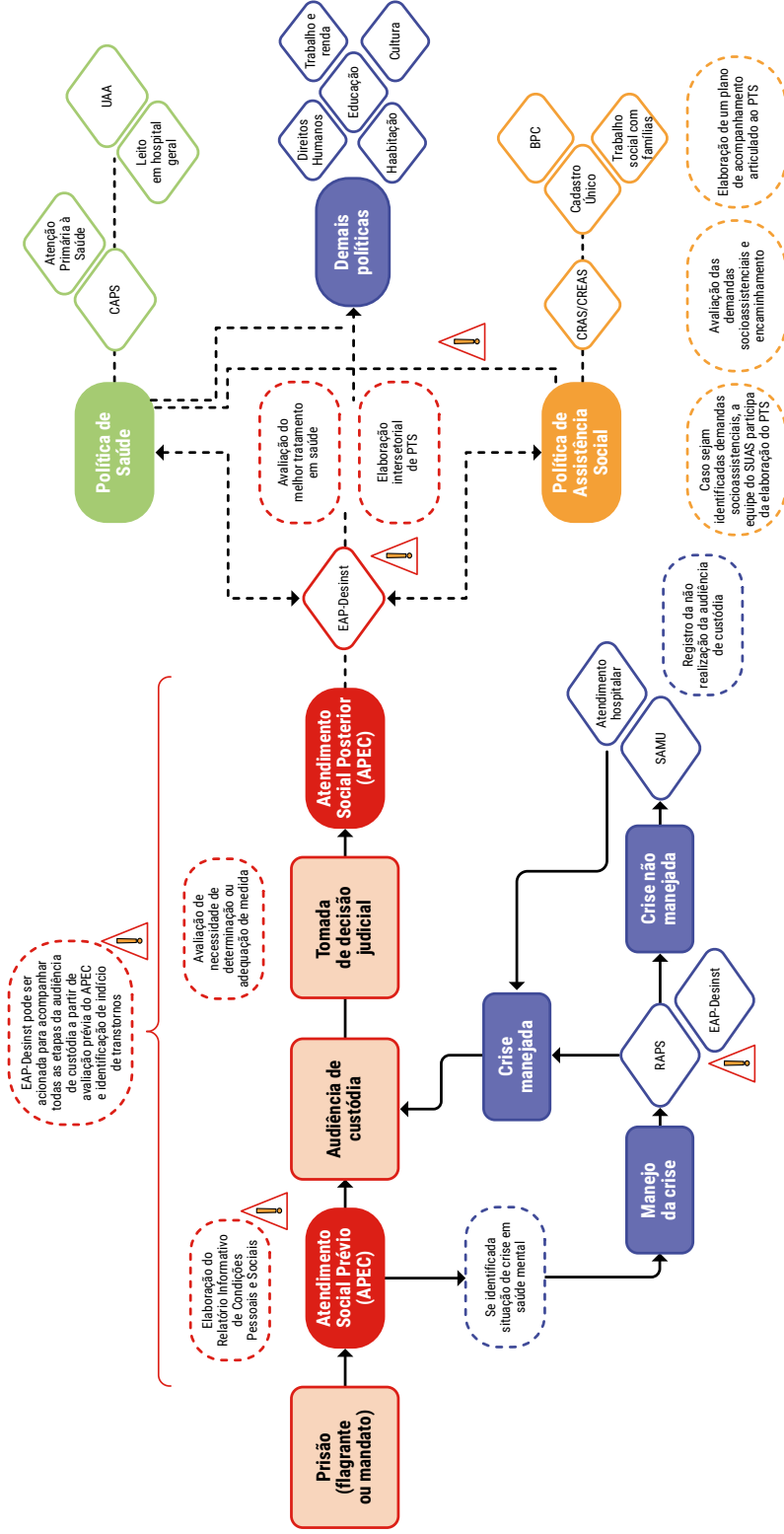
Conforme disposto no Manual da Resolução CNJ n. 487/2023, é papel dos CEIMPAs o desenvolvimento de “Plano de Educação Permanente em Políticas Penais e Judiciárias, Saúde Mental e Assistência Social para orientação acerca da Política Antimanicomial do Poder Judiciário voltado, principalmente, a profissionais dos Sistemas de Justiça, Saúde e Assistência Social” (CNJ, 2023, p. 85). O Plano de Educação Permanente pode envolver, a partir das expertises próprias, diferentes Escolas de Formação dos Poderes Judiciário e Executivo, compreendendo as dinâmicas e os desafios territoriais à luz das diretrizes da Política Antimanicomial.

4 Fluxos e procedimentos

Neste capítulo, o CONIMPA apresenta, amparado nos marcos constitucionais e infraconstitucionais, a proposta atualizada de fluxo para a implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, implementada pela Resolução CNJ n. 487/2023, com base na CDPD e na Lei Federal n. 10.216/2001. Trata-se de esforço intersetorial protagonizado pelo CNJ e pelos diferentes Ministérios e Secretarias componentes do CONIMPA, com vistas à reflexão das diferentes políticas sociais com atribuição na garantia dos direitos de pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial em todas as fases do ciclo penal. Destaca-se que se trata de uma complementação - a partir da compreensão de que a implementação de políticas públicas é um processo vivo - ao fluxo proposto no Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário (CNJ, 2023).

O fluxo ora apresentado é a representação ideal, com base nos diferentes atos normativos que criam e organizam as políticas públicas, sobretudo as judiciárias, de Saúde e de Assistência Social. Ademais, foram apresentados alguns pontos de atenção, em que os diferentes atores devem se empenhar, em corresponsabilidade entre os níveis federativos, para a regularização da oferta de serviços, programas e benefícios.

4.1 Fluxo da audiência de custódia comentado: revisão dos fluxos desde a porta de entrada do Sistema de Justiça Criminal



Medidas para a implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário devem ser adotadas desde a porta de entrada do Sistema de Justiça Criminal, que, via de regra, se dá por meio das audiências de custódia, ou seja, da apresentação à autoridade judicial de toda pessoa presa em flagrante delito, independentemente da motivação ou natureza do ato, ou por cumprimento de mandado de prisão, conforme Resolução CNJ n. 213/2015. Diante do flagrante delito ou do cumprimento da ordem de prisão, à pessoa custodiada deve ser garantido atendimento pré-audiência por meio do Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada (APEC) ou de outra equipe multiprofissional especializada em proteção social, que apresenta o objetivo do serviço e recolhe informações para identificar necessidades imediatas da pessoa custodiada, inclusive demandas relacionadas à saúde mental e/ou à identificação de situações de crise em saúde mental, bem como o atendimento pós-audiência, que visa à articulação das políticas sociais, a depender da tomada de decisão.

Nos casos em que forem identificadas pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial nas audiências de custódia, deverá ser avaliada a necessidade e adequação da prisão com o objetivo de garantir o melhor tratamento em saúde condizente a cada caso concreto.

Nesse âmbito, para a implementação da Resolução CNJ n. 487/2023, o parâmetro apresentado no fluxo inclui a existência do Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada (APEC), previsto também nas Resoluções CNJ n. 213/2015 e 562/2024 como serviço integrado essencial para os procedimentos da audiência de custódia. Conforme mencionado anteriormente, é orientada a instalação do referido serviço em todas as localidades que realizam audiência de custódia.

Na inexistência temporária do Serviço APEC, deverão ser estabelecidos arranjos locais para o devido acompanhamento de casos de pessoas com indício de transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial. Esses **arranjos locais podem envolver**: acionamento de outras equipes multidisciplinares qualificadas, como aquelas que compõem os GMFs; participação da EAP-Desinst; ou, ainda, acionamento de profissionais e/ou equipes da RAPS do território (como UBS, CAPS etc.), a partir de fluxos pré-estabelecidos, preferencialmente no âmbito do CEIMPA.

Constatada situação de crise em saúde mental da pessoa custodiada, o Serviço APEC procederá com o devido encaminhamento para manejo da crise por equipe da RAPS, para que se resguarde o direito à apresentação à autoridade judicial. Em caso de impossibilidade do manejo da crise e/ou inexistência dos serviços, das equipes ou dos profissionais acima arrolados, deverá a pessoa custodiada ser encaminhada para serviço de urgência e emergência no território para o devido manejo e cuidado em saúde mental, considerada a possibilidade de acionamento do SAMU ou outro serviço da RAPS para condução e transporte adequados, não devendo o transporte ser realizado por meio de viatura ou com uso de algemas ou outros instrumentos de contenção que não aqueles parametrizados por profissionais da saúde.

Ato seguinte ao atendimento prévio e/ou ao manejo de crise, após a entrevista prévia sigilosa com a Defensoria Pública ou a defesa técnica constituída, cabe à autoridade judicial competente realizar a audiência de custódia, com a entrevista da pessoa apresentada, para então efetuar a análise da legalidade da prisão em flagrante e as providências referentes a indícios de torturas ou maus-tratos, bem como a avaliação da necessidade e da adequação de medida cautelar. Nesse âmbito, devem ser observadas as determinações da Resolução CNJ n. 487/2023, bem como as orientações destacadas neste Protocolo. Deve ser feito o encaminhamento para atendimento voluntário na RAPS, conforme porta de entrada da Rede estabelecida em fluxo local a ser articulado pela EAP-Desinst e acompanhado por esta equipe quando houver instauração de processo criminal. Indica-se, nesse âmbito, que a porta de entrada do SUS, para encaminhamento posterior à audiência de custódia, seja o CAPS que abrange o território de moradia ou a vivência da pessoa com transtorno mental ou deficiência psicossocial. Em sua ausência, ou avaliada a necessidade, o encaminhamento poderá ser feito à Unidade Básica de Saúde (UBS), que realizará, quando necessário, o matriciamento para os demais serviços.

Na inexistência temporária da EAP-Desinst, os arranjos locais podem envolver outras equipes conectoras e/ou multidisciplinares especializadas de saúde, que farão a ponte entre o Sistema de Justiça, a rede do SUS e das demais políticas públicas com base na tomada de decisão da autoridade judicial e na garantia do direito à saúde.

Prosseguindo-se o fluxo, à pessoa com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial deve ser garantido o atendimento na RAPS, conforme demanda de saúde do caso concreto e do consentimento prévio. Observa-se que a RAPS é constituída por diferentes componentes, envolvendo atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Entre tais componentes, há diversos pontos de atenção em diferentes níveis de atenção à saúde, desde a atenção básica até a alta complexidade.

Nesse sentido, em todo o território nacional, há pontos de atenção da RAPS, ao menos vinculados à Unidade Básica de Saúde. Em municípios com menos de 20 mil habitantes, geralmente, não há CAPS, devendo a atenção à saúde mental ser referenciada pela UBS e/ou outro equipamento, ainda que regionalizado. Portanto, os parâmetros aqui apresentados devem-se guiar pelo referenciamento ao serviço da RAPS do território, conforme fluxo local previamente estabelecido.

Na construção desse cuidado em liberdade e em rede, tendo como referência os serviços da RAPS, ressalta-se a importância de elaboração do **Projeto Terapêutico Singular**, que deve ser proposto pelo serviço especializado de referência para o cuidado e com o protagonismo do sujeito, respeitando as suas necessidades, desejos e singularidades. Destaca-se que se trata de uma construção coletiva e em rede que, estando sob a responsabilidade da política de saúde, também deve contar com as demais políticas intersetoriais, de acordo com as particularidades de cada caso concreto.

No âmbito do serviço de referência da RAPS no território, deve-se produzir o PTS tendo como referência as Diretrizes de Cuidado e Garantia de Direitos preconizada neste Protocolo. A elaboração do PTS pela política de saúde deve envolver a articulação com as diferentes políticas públicas. É nesse momento, portanto, que se realizam as **articulações das políticas de Saúde com a política de Assistência Social** e as demais políticas setoriais, com vistas à garantia de direitos com base no caso concreto. Para tanto, podem ser envolvidas as políticas territoriais de Habitação, de Educação, de Trabalho e Renda, de Cultura, de Direitos Humanos, entre outras. O parâmetro para acionamento das diferentes políticas deve ser a situação concreta de garantia de direitos e a inserção, conforme critérios e condicionantes das políticas públicas, em programas, serviços, projetos e benefícios.

No âmbito da política de Assistência Social, os dois níveis de proteção social (básica e especial) podem ser envolvidos no acompanhamento, a depender do caso concreto e conforme o fluxo local previamente estabelecido, levando-se em consideração os serviços preconizados na **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**, inclusive com atenção às modalidades, objetivos e públicos.

O *locus* de referenciamento do Poder Judiciário e da EAP-Desinst na porta de entrada da Assistência Social, com vistas à garantia de direitos e à saúde integral prevista no PTS, deverá ser o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) ou o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)⁴¹, ou conforme porta de entrada previamente estabelecida em fluxo local, preferencialmente do território de moradia ou vivência da pessoa com transtorno mental ou deficiência psicossocial, o que não implica a não articulação dos demais níveis de proteção e garantias afiançadas na Política. Nesse âmbito, a lógica de referenciamento e contrarreferenciamento, com a avaliação das equipes de referência do SUAS, será a baliza para encaminhamento aos programas, serviços, projetos e benefícios previstos na referida Tipificação Nacional e nas demais normas complementares.

Devem ser estabelecidos os protocolos e os fluxos no âmbito local entre o Sistema Único de Assistência Social, o Sistema Único de Saúde, os órgãos do Sistema de Justiça e órgãos das demais políticas públicas, respeitando-se as atribuições específicas de cada política, e considerando as redes e a capacidades locais instaladas, a partir das diretrizes e princípios nacionais, visando a efetiva proteção integral às pessoas em sofrimento e/ou com transtorno mental.

As equipes do SUAS, após referenciamento, darão continuidade ao atendimento com vistas à proteção social, realizando as devidas adequações ao processo de acompanhamento que se fizerem necessárias, caso a pessoa usuária já esteja referenciada a alguma dessas unidades, ou iniciarão o atendimento a partir do encaminhamento realizado, seguindo a organização dos serviços na localidade. Nesse caso, deve haver um processo de acolhida para identificação das demandas e das possibilidades de intervenção, de forma a respeitar as particularidades dos sujeitos, de seus familiares e do território, bem como realizar acompanhamentos, propor inclusão em serviços e benefícios e fazer outros encaminhamentos.

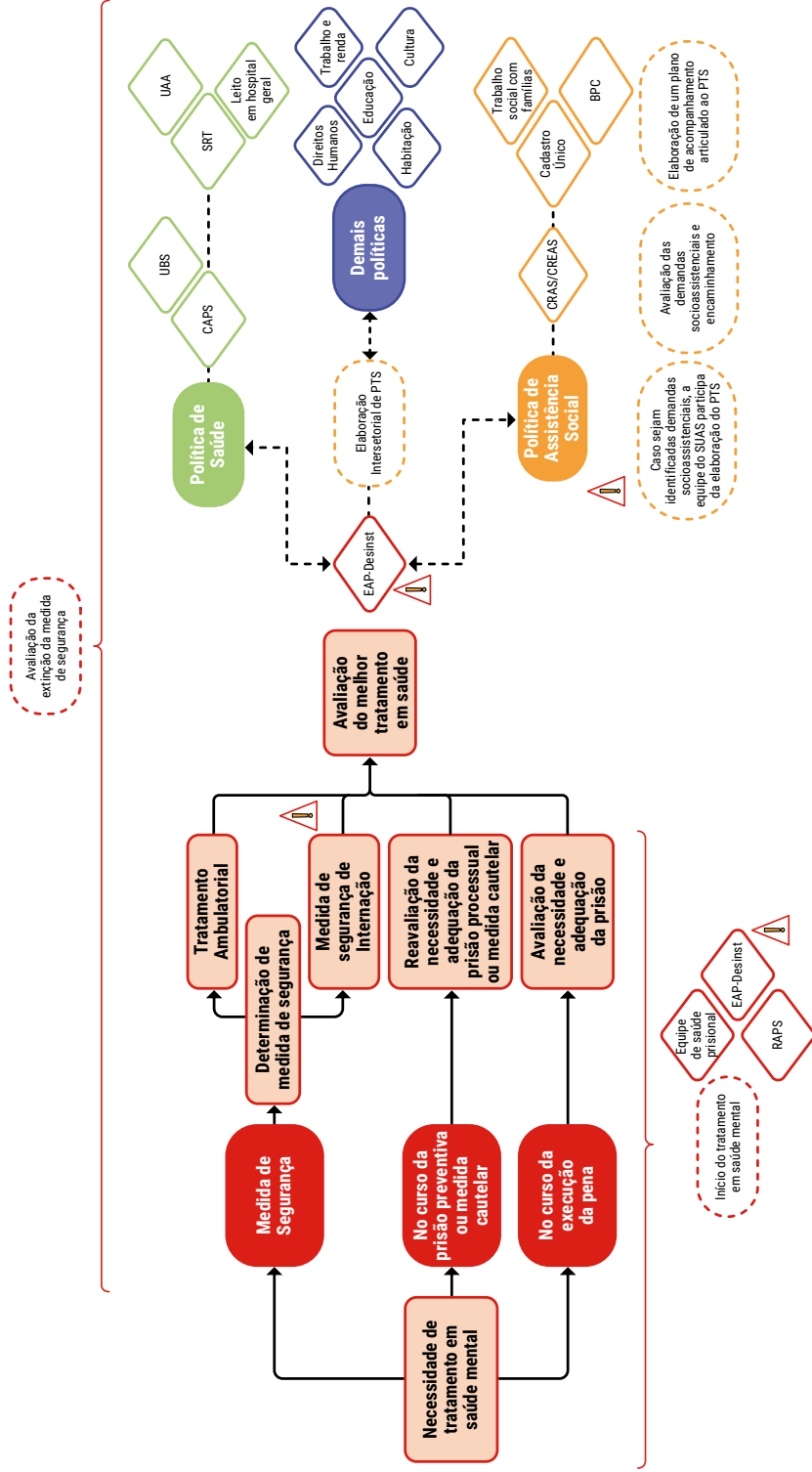
41 Onde não houver CREAS, poderão ser vinculados a Equipe de Referência da Proteção Social Especial do órgão gestor.

Ressalta-se que os serviços de acolhimento institucional da Assistência Social não oferecem apoio terapêutico, equipe especializada e estrutura adequados às pessoas com transtornos mentais que demandem cuidados **mais intensivos** em saúde e, portanto, **contraindica-se** que esses serviços assumam cuidados com pessoas que demandem cuidados prolongados e intensivos em saúde, em função da necessidade de assistência especializada em saúde, reafirmando a diferença entre os serviços de acolhimento temporário do SUAS e os Serviços Residenciais Terapêuticos do SUS ou similares.

Nas situações em que seja possível a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a Política de Assistência Social, por meio dos serviços que realizam o trabalho social com territórios, famílias e indivíduos, deve estabelecer estratégias particularizadas e coletivas para apoiar as famílias no desenvolvimento de sua função protetiva. A Política de Saúde também tem grande participação nesse processo de apoio às famílias, especialmente no manejo diário em relação aos cuidados em saúde mental, orientações a familiares, encaminhamentos, bem como no cuidado com as próprias pessoas cuidadoras familiares, que também precisam ser fortalecidas, orientadas e cuidadas em sua saúde mental.

É importante mencionar que a proposta deste Protocolo visa possibilitar um fluxo básico, mas destaca-se que cada território possui sua própria organização e definição dos serviços e suas áreas de abrangência, devendo as articulações considerarem essas particularidades. Outro ponto a ser observado diz respeito à questão interfederativa, que pode trazer implicações para a relação com outros municípios e com o estado, demandando acordos e protocolos intermunicipais e regionais.

4.2 Fluxo geral comentado: no curso da prisão preventiva ou de outra medida cautelar, na execução da pena e no processo de desinstitucionalização dos HCTPs



Nos casos em que forem identificadas pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial, **no curso da prisão preventiva ou de outra medida cautelar ou ainda da execução da pena** nas unidades prisionais, deverá ser reavaliada a necessidade e a adequação da prisão com o objetivo de garantir o melhor tratamento em saúde condizente a cada caso concreto.

Nesse sentido, **caso a pessoa esteja em uma unidade prisional**, a equipe de saúde prisional da PNAISP ou de outra equipe multiprofissional da instituição pode realizar o acolhimento dessa demanda de saúde mental e avaliar a necessidade de um acompanhamento especializado, a fim de subsidiar a reavaliação da medida imposta pela autoridade judicial. Nas unidades prisionais onde não há equipes multiprofissionais, **orienta-se** o acionamento de profissionais e/ou equipes da RAPS do território (como UBS, CAPS etc.) e a comunicação à EAP-Desinst, a qual acompanhará a demanda, caso seja necessário.

Em caso de **episódio de crise em saúde mental** ou verificada a necessidade de **acompanhamento mais intensivo** em saúde mental dentro das unidades prisionais, a equipe de saúde prisional realiza o primeiro acolhimento e o manejo inicial da crise e, caso haja necessidade, encaminha a pessoa para os serviços de atenção à crise disponíveis no território, respeitando-se o vínculo com a RAPS, considerada a possibilidade de acionamento do SAMU para a garantia de condução adequada, com posterior acesso ao serviço de atenção pertinente diante do caso concreto. Importante que a **autoridade judiciária seja notificada** para realizar as avaliações processuais necessárias à luz da Resolução CNJ n. 487/2023. Em caso de **necessidade de internação**, ressaltando-se que se trata de uma medida excepcional a ser aplicada apenas quando todos os demais recursos extra-hospitalares forem insuficientes, esta **deverá ser feita por indicação de equipe de saúde em leito de saúde mental em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde referenciado pela RAPS, conforme o art. 13; § 1.º, da Resolução CNJ n. 487/2023, preferencialmente os que constam no rol de serviços financiáveis pelo Ministério da Saúde (cf. ponto 6.1)**. Todo o manejo de tratamento e segurança da pessoa internada deve ocorrer nos mesmos moldes do que é ofertado para outros pacientes em cuidado e internação em saúde mental.

Com a reavaliação da necessidade e a adequação da medida ou pena, deliberada a continuidade do tratamento em liberdade, o serviço de referência na RAPS é o CAPS, no entanto, nos municípios onde ainda não haja disponibilidade desse serviço especializado, outros pontos de atenção da RAPS podem ser acionados, como por exemplo, UBS, Policlínicas Municipais e equipes especializadas em saúde mental.

Na construção desse cuidado em liberdade e em rede, tendo como referência os serviços da RAPS, ressalta-se a importância de elaboração do PTS, que deve ser proposto pelo serviço especializado de referência para o cuidado e com o protagonismo do sujeito, respeitando as suas necessidades, desejos e singularidades. Destaca-se que se trata de uma construção coletiva e em rede que, estando sob a responsabilidade da política de saúde, também deve contar com as demais políticas intersetoriais, de acordo com as particularidades de cada caso concreto. Assim, no âmbito do SUAS, terá a contribuição dos serviços da Proteção Social Básica da Política de

Assistência Social estão voltados ao trabalho de promoção de direitos de cidadania, no fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e na viabilização do acesso a programas e benefícios socioassistenciais, tendo como referência o CRAS e o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF).

Já nos casos em que exista alguma situação de direito violado e/ou rompimento de vínculos familiares e comunitários, é indicado que os sujeitos sejam referenciados aos serviços da Proteção Social Especial, tendo como referência os CREAS e o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI).

Ressalta-se que o trabalho social com famílias pode ser iniciado anteriormente ao processo de desinstitucionalização, por meio da articulação entre serviços existentes nas unidades e os serviços socioassistenciais nos territórios, visando contribuir para o resgate e o fortalecimento do vínculo familiar e a preparação da família e da comunidade para o retorno da pessoa usuária.

Sobre a garantia de **residencialidade**, sempre que possível, devem ser construídas estratégias de resgate e/ou fortalecimento de vínculos familiares e comunitários com o território de origem. Na impossibilidade de retorno das pessoas para as suas famílias, deverão ser estabelecidos fluxos locais de proteção às pessoas egressas dos HCTPs entre saúde e demais políticas públicas necessárias às demandas do caso concreto, incluindo habitação, preferencialmente a partir de pactuação prévia e análise conjugada acerca do melhor serviço para o perfil da pessoa.

Ressalta-se que os serviços de acolhimento institucional da Assistência Social não oferecem apoio terapêutico, equipe especializada e estrutura adequados às pessoas com transtornos mentais que demandem cuidados mais intensivos em saúde e, portanto, **contraindica-se** que esses serviços assumam o *locus* institucional de desinstitucionalização de HCTPs ou instituições congêneres.

Em caso de pessoa em uso abusivo de álcool ou outras drogas, existe a possibilidade de **acolhimento institucional temporário** nas Unidades de Acolhimento Adulto (UAA), instituídas por meio da Portaria n. 121/2012, do Ministério da Saúde. Trata-se de equipamentos da RAPS direcionados às pessoas com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas e funcionam como residência de caráter transitório, onde é possível permanecer por até seis meses. As UAAs têm como serviço de referência o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS Ad) para acompanhamento especializado das pessoas acolhidas, além de contar com equipe multiprofissional própria que realiza oficinas e atividades de reinserção social dentro da própria instituição.

A depender do caso concreto, considerando-se diferentes normativas e parâmetros, por um lado, e necessidades de atenção integral à saúde e garantias socioassistenciais, por outro, devem ser estabelecidas, a partir da elaboração do PTS pela política de saúde, do referenciamento e do contrarreferenciamento, as melhores opções para a garantia do direito à habitação e à residencialidade. Entre as possibilidades, destacam-se o **Programa Minha Casa Minha Vida** (Lei Federal n.

14.620/2024)⁴² e os **Benefícios Eventuais**, entre eles o **Aluguel Social**, nos termos da Lei Federal n. 8.742/1993⁴³, art. 22, e Decreto n. 6.307/2007⁴⁴.

Já no que concerne aos processos de desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial em conflito com a lei, deve-se realizar o **encaminhamento para a EAP-Desinst**, e, em caso da inexistência temporária dessa equipe, há a possibilidade de acionamento de outras equipes multidisciplinares que podem exercer essa função conectora, como aquelas que compõem os GMFs, ou ainda de acionamento de profissionais e/ou equipes da RAPS do território (como UBS, CAPS etc.), a partir de fluxos pré-estabelecidos, preferencialmente no âmbito do CEIMPA.

A equipe de referência do SUS, de preferência do CAPS, deve elaborar o PTS com a identificação das estratégias adotadas para a garantia do melhor tratamento em saúde, bem como realizar a articulação com as demais políticas setoriais que necessitem ser acionadas a partir das demandas de cada caso concreto. É necessário trilhar o caminho na perspectiva da construção da integralidade do cuidado, partindo das políticas de Saúde e Assistência Social, mas ampliando para as de Educação e Qualificação Profissional, de Trabalho e Geração de Renda, de Habitação, de Direitos Humanos, de Esporte, Lazer e Cultura, entre outras.

Nos **processos de desinstitucionalização**, devem ser priorizados o resgate e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários com o território de origem. No entanto, diante da impossibilidade de retorno para o seio familiar e no caso de pessoas que permaneceram por dois anos ou mais em HCTPs ou instituição congêneres, é possível acionar os **SRTs** da RAPS. Trata-se de uma estratégia de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial para pessoas oriundas de longas internações cujos laços familiares foram rompidos. A SRT se caracteriza por ser uma moradia permanente e que tem o CAPS como serviço de referência de acompanhamento dos moradores. É um serviço de suma importância para garantir a residencialidade das pessoas egressas de longas internações psiquiátricas.

Outra importante estratégia de desinstitucionalização, ainda no âmbito da RAPS, é o **Programa de Volta Para Casa (PVC)**, instituído pela Lei n. 10.708/2003, que se trata de um **auxílio pecuniário** concedido às pessoas com transtorno mental egressas de longas internações psiquiátricas, isto é, que permaneceram institucionalizadas por dois anos ou mais. Nesse sentido, o auxílio é pago mensalmente, diretamente à pessoa usuária, salvo em caso em que ela não apresente condições de gerir o recurso, sendo repassado o valor ao representante legal. O programa tem

42 Brasil. Lei Federal n. 14.620, de 13 de julho de 2024, que “Dispõe sobre o Programa Minha Casa, Minha Vida”. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14620.htm. Acesso em 23 de julho de 2024.

43 Brasil. Lei Federal n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que “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 23 de julho de 2024.

44 Brasil. Decreto n. 6.307, de 14 de dezembro de 2007, que “Dispõe sobre os benefícios eventuais de que trata o art. 22 da Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993”. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6307.htm. Acesso em 23 de julho de 2024.

como objetivo a reabilitação psicossocial dos beneficiários, promovendo sua autonomia e seu protagonismo.

Já no âmbito da Política de Assistência Social, existe o **Benefício de Prestação Continuada (BPC)**, previsto no art. 203, inciso V, da Constituição Federal e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Trata-se da garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e à pessoa idosa com 65 anos ou mais, que comprovem, em ambos os casos, não possuir meios para prover a própria subsistência ou tê-la provida por sua família. Vale ressaltar que o público que tem direito a receber o BPC são as pessoas com deficiência e as pessoas idosas que comprovem que a renda mensal por pessoa do grupo familiar (pessoas que moram na mesma residência) é igual ou inferior a 1/4 do salário mínimo.

Ressalta-se que, para acesso a tais benefícios sociais, é necessário que as pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial estejam em posse de seus documentos pessoais e que a sua situação civil se encontre regularizada, bem como, no caso do BPC, que estejam inseridas no Cadastro Único (CadÚnico) para Programas Sociais. Assim, **aponta-se** como estratégia elementar de promoção de cidadania nos processos de desinstitucionalização a regularização da documentação civil dos usuários e das usuárias e a inserção no CadÚnico daqueles que se enquadrarem nos critérios de renda do cadastro.

5 Orientações acerca do manejo de casos complexos

A fim de qualificar a implementação sustentável da Política Antimanicomial do Poder Judiciário e considerando os desafios antes destacados, neste capítulo o CONIMPA expede orientações acerca do manejo daqueles casos considerados complexos pelos diferentes atores e atrizes que visam implementar a referida política localmente. Trata-se de orientações adicionais aos profissionais envolvidos diretamente com as pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial.

Inicialmente, é importante destacar que os fluxos apresentados acima refletem os percursos ideais para a garantia do melhor tratamento em saúde em todo o ciclo penal, desde a porta de entrada, pensando as audiências de custódia, até a porta de saída, apontando os caminhos para a execução de estratégias de desinstitucionalização, bem como para necessidade de tratamento em saúde mental no curso da prisão preventiva ou outra medida cautelar ou na execução da pena. No entanto, sabendo-se que a questão da saúde mental é multifacetada e demanda intervenções de diversas políticas públicas e atores/atrizes sociais, é salutar tecer alguns direcionamentos acerca do manejo de casos complexos.

Compreende-se por **casos complexos** aqueles que desafiam as equipes a buscarem saídas mais articuladas, demandando encaminhamentos mais atentos e estratégias de monitoramento diante da implementação dos fluxos aqui propostos em decorrência de **situações** como:

- (i) pessoas que perderam o vínculo e a referência familiar, seja diante do longo período de institucionalização, seja por conflitos familiares;
- (ii) pessoas que não podem ser encaminhadas, no momento, para o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) por escassez de vagas ou critérios de elegibilidade; e
- (iii) pessoas que não podem retornar ao seu território de origem em decorrência de risco à sua integridade física – atos de ampla repercussão ou comoção social, conflitos com grupos criminosos, necessidade de apoio mais intensivo para a retomada da convivência comunitária, entre outros.

Esses casos demandarão das equipes de referência mais atenção, acompanhamento próximo e o estabelecimento de uma gestão do tempo de cuidado que preze pela equidade, uma vez que casos complexos requerem soluções igualmente complexas. Outro fator que deve demandar atenção especializada dos diferentes atores corresponsáveis pela implementação da Lei n. 10.216/2001 e da Resolução CNJ n. 487/2023 gira em torno da compreensão das vulnerabilidades acrescidas das pessoas com transtorno mental. Nesse sentido, pode-se entender também como complexificadoras da garantia de direitos as especificidades de gênero e sexualidade, raça e etnia, condição física, entre outros. Esta é uma premissa para assegurar a oferta de cuidado e atenção psicossocial em

uma perspectiva sensível aos impactos das diferenças e desigualdades na constituição das relações sociais e dos sujeitos detentores dos direitos estabelecidos no arcabouço jurídico nacional.

Nessas situações, orienta-se que sempre que necessário sejam realizadas **novas avaliações**, sobretudo das equipes da EAP-Desinst e de serviços de saúde da RAPS, buscando-se análises mais atualizadas e abrangentes sobre a situação biopsicossocial, as quais possam aportar informações sobre aspectos e contextos clínico, social, psicológico, familiar, de políticas públicas de inclusão social, entre outros, e quanto às necessidades de suporte para adequada reabilitação comunitária do sujeito-paciente. E, adicionalmente, considerando as situações acima descritas, **orienta-se** que:

- (i) a **desospitalização seja a última etapa** de intervenção no processo de desinstitucionalização, com o objetivo de que as equipes de referência (EAP-Desinst, CAPS, equipe conectora e/ou multiprofissional) tenham **mais tempo de acompanhamento** com essas pessoas, no sentido de fomentar a construção do vínculo e a adesão ao tratamento. Ademais, a alta planejada pode ser o momento central para a articulação interinstitucional, inclusive por meio do CEIMPA, com vistas à gestão de vagas nos serviços componentes da RAPS e, se condizente com as necessidades particulares e com o PTS, do SUAS⁴⁵. Cabe à autoridade judicial, assistida pela equipe EAP-Desinst ou congêneres, deliberar pelo momento adequado de desinstitucionalização, considerando, entre outros elementos, o tempo determinado no contexto da Resolução CNJ n. 487/2023. Tal estratégia pode contribuir à ampliação do tempo de qualificação da saída planejada, em conformidade com as necessidades de saúde, assistências e seguranças da pessoa com transtorno mental;
- (ii) sejam **priorizadas as estratégias de fortalecimento de vínculos familiares e comunitários** e, na impossibilidade de retorno para a família nuclear, sugere-se ainda que a família extensa seja acionada, biológica ou não, valorizando-se os laços de afeto e consideração e os diversos arranjos possíveis de família. Cumpre destacar que, em levantamento realizado pelo CNJ (abril de 2024), os tribunais de justiça informaram que, após a edição da Resolução CNJ n. 487/2023, 1.410 pessoas foram desinstitucionalizadas, das quais cerca de 80% retomaram o convívio familiar, seja em família nuclear ou extensa. Importa frisar, portanto, que a orientação anterior pode significar, se realizada, a consolidação de estratégias para fortalecimento, resgate ou construção de vínculos familiares e comunitários. A PNAS postula, entre as seguranças socioassistenciais, a de “Segurança de Convívio ou Vivência Familiar”, com ações nos diferentes níveis de proteção social. A articulação entre Poder Judiciário, EAP-Desinst e RAPS e SUAS poderá contribuir, desse modo, ao planejamento e à execução de ações para garantia do direito à convivência familiar e comunitária, somada

45 Nos casos em que houver necessidade, decorrente de internação de longa permanência, de cuidados intensivos em saúde, destaca-se que os serviços ofertados por meio da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) não têm caráter substitutivo ao Serviço Residencial Terapêutico (SRT), tampouco aos demais componentes da RAPS. A previsão de inclusão em serviços, programas, projetos e benefícios no SUAS deve constar no PTS da pessoa após articulação com as equipes do SUAS, que participarão do processo de garantia de direitos, incluído o direito ao melhor tratamento em saúde, considerando a autonomia administrativa.

ao direito de receber suporte em saúde para um cuidado em liberdade. Ressalta-se, contudo, que essa orientação não deve ser utilizada para impor que as famílias assumam o cuidado quando não houver possibilidade para reestabelecimento dos vínculos, devendo tal condição ser respeitada conforme cada caso;

- (iii) nos casos em que haja impossibilidade de retorno ao território de origem, em decorrência de risco à sua integridade física e segurança, sejam **articulados serviços de outros territórios** que apresentem condições de atender à necessidade do caso concreto. Acerca disso, cabe destacar que, no âmbito do SUS, a regionalização compõe um princípio organizativo, enquanto, no SUAS, a Norma Operacional Básica (NOB/SUAS) prevê como atribuição dos estados a prestação de serviços regionalizados da proteção social especial de média e alta complexidade. Novamente, em tais casos em que a permanência no território de origem encontra-se, ainda que temporariamente, impossibilitada, caberá a articulação interinstitucional com vistas à efetivação dos direitos assegurados, se materializando, por exemplo, em cofinanciamentos ou utilização de recursos, inclusive do Fundo Penitenciário Nacional (Funpen), no que tange aos Fundos Municipais para Políticas Penais, conforme Nota Técnica CNJ/CNM;⁴⁶
- (iv) as pessoas com necessidade de apoio mais intensivo para a retomada da convivência comunitária, para além do acompanhamento dos serviços de referência, podem ser beneficiadas da **atenção de um profissional qualificado** que atue como Acompanhante Terapêutico (AT), visando suporte aproximado para reabilitação psicossocial singularizada. Para tanto, além dos serviços preconizados pelo SUS, orienta-se que o Poder Judiciário envide esforços para consolidação de projetos com Organizações da Sociedade Civil e/ou Instituições de Ensino Superior voltadas à formação de profissionais da saúde para a consecução de projetos de extensão ou estágio com vistas ao fortalecimento dos serviços.

Nas situações em que a pessoa com transtorno mental ou deficiência psicossocial já se encontre em **cumprimento de medida de tratamento ambulatorial** e, porventura, venha a ser acusada de novo ato ilícito, **orienta-se** que:

- (i) sejam articuladas pelo CEIMPA, EAP-Desinst ou equipe congênere reuniões de rede entre as equipes e os serviços que acompanham o caso para a discussão, reavaliação e atualização do PTS da pessoa em tratamento, com o objetivo de qualificar e singularizar a atenção ofertada;
- (ii) acionamento da equipe da RAPS de referência do caso concreto para avaliação da possibilidade de uma atenção mais intensiva no CAPS, na modalidade de acolhimento 24h ou no cuidado diário intensivo; e

46 Conselho Nacional de Justiça; Confederação Nacional de Municípios. Nota Técnica acerca da “Instituição de Fundos Municipais para Políticas Penais: Alternativas Penais, Atenção a Pessoas Egressas, Desinstitucionalização e Conselhos da Comunidade”. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/05/nota_tecnica_fundos_municipais_politicas_penais.pdf. Acesso em 29 de maio de 2024.

- (iii) pactuação de cronograma de acompanhamento periódico entre os serviços da rede de saúde mental, no tocante ao manejo do cuidado em saúde mental no seio familiar e comunitário, e da rede socioassistencial, quando houver necessidade de atendimento e acompanhamento sociofamiliar nas demandas relacionadas a vulnerabilidade social e fragilização de vínculos.

Outra situação complexa que pode ser identificada na implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário diz respeito aos **casos que envolvem diferentes comarcas ou Unidades da Federação**. Nesses casos, algumas adaptações dos fluxos se fazem necessárias, sobretudo no que tange à articulação do Poder Judiciário.

Cumpre destacar que as orientações prestadas a seguir balizam-se pela cooperação judiciária nacional entre os órgãos do Poder Judiciário e outras instituições e entidades, instituída pela Resolução CNJ n. 350/2020, que trata da Rede Nacional de Cooperação Judiciária, e pela Resolução CNJ n. 404/2021, no que couber, que estabelece diretrizes e procedimentos, no âmbito do Poder Judiciário, para a transferência e o recambiamento de pessoas presas. Tais orientações baseiam-se, ademais, na diretriz do interesse exclusivo do tratamento em benefício à saúde, como postula a Resolução CNJ n. 487/2023. A avaliação de cada caso concreto, envolvendo as possibilidades de transferência ou recambiamento, deve estar relacionada à busca pelo melhor tratamento em saúde, considerando a territorialização dos serviços e os vínculos familiares e comunitários. Enseja, portanto, a articulação interinstitucional, promovida por meio das diferentes competências das políticas públicas.

Nos casos de **prisão em flagrante ou cumprimento de mandado de prisão preventiva** em uma comarca diversa de onde o ilícito foi cometido e/ou o mandado foi expedido, a autoridade judiciária da Audiência de Custódia, caso identifique indícios de transtorno mental na pessoa custodiada, deverá proceder com os trâmites da Audiência de Custódia e comunicar imediatamente o juízo de origem para ciência e readequação da medida, ouvida a defesa. Caso, entretanto, identifique-se que a pessoa custodiada está em situação de crise e sem condições de participar do ato, deverá atuar conforme art. 5.º da Resolução CNJ n. 487/2023, comunicando imediatamente o juízo de origem para ciência, possibilidade de readequação da medida cautelar e instauração do incidente de insanidade mental, ouvida a defesa, bem como para avaliação acerca da necessidade de transferência ou recambiamento, considerando o melhor tratamento em saúde e os vínculos familiares e comunitários.

Nos casos em que o **mandado de internação provisória** expedido em uma comarca for executado em outra comarca ou Unidade da Federação, orienta-se que o fluxo de execução seja guiado pelo fluxo estabelecido no território em que foi cumprido o mandado. Ou seja, caso haja demanda em saúde que oriente a necessidade da internação provisória avaliada previamente, a internação provisória se dará em leito de saúde mental em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde referenciado pela RAPS neste território, conforme o art. 13, § 1.º, da Resolução CNJ n. 487/2023, preferencialmente os que constam no rol de serviços financiados pelo Ministério da Saúde (cf. ponto 6.1). A equipe de saúde responsável pela internação reavaliará periodicamente a necessidade da internação e, quando cessada, comunicará ao juízo que expediu o mandado.

Caso, no **curso da prisão preventiva**, seja identificada necessidade de tratamento em saúde mental e a pessoa estiver em estabelecimento penal de outra comarca ou Unidade da Federação diversa da que expediu o mandado, o juiz corregedor da unidade deverá garantir tratamento em saúde e comunicar ao juízo de origem para ciência, averiguação da possibilidade de readaptação da medida cautelar e instauração do incidente de insanidade mental, ouvida a defesa, bem como para avaliar a necessidade de transferência ou recambiamento, considerando o melhor tratamento em saúde e os vínculos familiares e comunitários a partir da articulação entre as equipes EAP-De-sinst, outras equipes conectoras ou multidisciplinares dos territórios.

Nos casos em que for identificada necessidade de tratamento em saúde mental no **curso da execução da pena** e a pessoa estiver em estabelecimento penal de outra comarca ou Unidade da Federação em que corre o processo, caberá ao juízo da execução a avaliação da necessidade e adequação da prisão em vigor, conforme estabelece o art. 15 da Resolução CNJ n. 487/2023. Em tais casos, não cabe a adequação ou modificação do fluxo estadual, entretanto orienta-se que a avaliação do início ou da continuidade do tratamento em serviços da RAPS considere o território de vínculos familiares e comunitários como possível produtor de saúde mental, cabendo a possibilidade de decisão assistida de transferência ou recambiamento à pessoa com transtorno mental ou deficiência psicossocial.

Nos casos em que houve o **cumprimento de mandado de medida de segurança de internação** em comarca diversa de onde o mandado foi expedido ou mesmo em Unidade da Federação diversa do território de vínculos familiares e comunitários da pessoa com transtorno mental ou deficiência psicossocial, orienta-se que o processo de desinstitucionalização, que tem como primeira etapa a elaboração do PTS, considere a avaliação do melhor território para a continuidade do tratamento em saúde e garantia de direitos elencados na legislação e parametrizados neste Protocolo. Sendo o caso de continuidade do tratamento em saúde no território de vínculo familiar e comunitário, o acompanhamento da execução será realizado pelo juízo da comarca referente.

Em outro sentido, neste Protocolo, destacou-se que as melhores evidências em saúde apontam que o modelo biopsicossocial da deficiência e do transtorno mental apreende tais fenômenos como multifatoriais, não exclusivos, inclusive, à pessoa que vivencia tal condição. Segundo o **Relatório Final do Grupo de Trabalho sobre a Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência** (cf. ponto 6.5 – Avaliação biopsicossocial):⁴⁷

Adotar um instrumento de avaliação que seja aplicado por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar é crucial para promover a mudança paradigmática para o modelo biopsicossocial da deficiência. Ao avançar nessa compreensão e modelo de avaliação, promove-se a equidade de acesso às políticas públicas e os direitos humanos das pessoas com deficiência.

47 O Grupo de Trabalho sobre a Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência foi criado pelo Decreto n. 11.487, de 10 de abril de 2023, com a finalidade de elaborar a proposta da Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência, além de apresentar proposição de processos para sua implementação e finalizar a elaboração do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM). O grupo foi coordenado pelo MDHC e contou com outros 7 ministérios. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Relatório Final do Grupo de Trabalho sobre a Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência Trabalho e Emprego. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2024/julho/governo-federal-anuncia-novas-iniciativas-para-garantir-mais-dignidade-e-inclusao-a-pessoas-com-deficiencia/RelatoriofinaldoGTVersao12deJulho2024CasaCivil.pdf>. Acesso em 09 de setembro de 2024.

O documento apresenta, ainda, um quadro comparativo entre os modelos **Biomédico** e o **Biopsicossocial**, que pode ser conferido abaixo:

Quadro 2 – Diferença entre os modelos Biomédico e Biopsicossocial

Aspecto	Modelo Biomédico	Modelo Biopsicossocial
Abordagem	Estritamente clínica e baseada em padrões de normalidade física e mental	Multidimensional, considerando aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais
Objetivo	Classificar e catalogar a deficiência baseada em critérios orgânicos	Promover inclusão e acessibilidade , reconhecendo a diversidade das experiências de deficiência
Processo de Avaliação	Unilateral , realizado por profissionais de saúde sem pensar no contexto do indivíduo	Colaborativo e interdisciplinar, envolvendo profissionais de várias áreas e o próprio indivíduo na identificação de necessidades e soluções
Resultados	Identificação da deficiência como um estado intrínseco ao indivíduo	Reconhecimento da deficiência como interação entre as características do indivíduo e as barreiras do ambiente
Impacto nas Políticas Públicas	Fomenta a criação de políticas baseadas em assistencialismo e cuidados médicos	Promove políticas de empoderamento, inclusão e acessibilidade , baseadas na participação social e na remoção de barreiras
Visão do Indivíduo	Paciente a ser tratado	Cidadão com direitos , cujas escolhas são fundamentais no processo de avaliação e na busca por soluções acessíveis

Fonte: Relatório Final do Grupo de Trabalho sobre a Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência (p. 18).

Somado ao desafio concernente às necessárias atualizações no campo das avaliações em saúde está o desafio do **enfrentamento dos estigmas e das diferentes barreiras**, nos termos da Lei Federal n. 13.146/2015, que refletem a necessidade de modificação cultural, demandando resposta qualificada do Estado por meio de políticas públicas eficientes.

Em especial para as pessoas que estão em situação de rua e/ou que, pelo longo processo de institucionalização, perderam os vínculos sociofamiliares, a dimensão da residencialidade e da moradia ganha destaque. As condições de habitação são promotoras de saúde e, quando não condizentes com a dignidade da pessoa humana, promotoras do adoecimento físico e mental,

conforme destaca a Lei Federal n. 8.080/1990, art. 3.º, que constitui o Sistema Único de Saúde, refletindo a definição da Organização Mundial da Saúde de que saúde não é somente ausência de doença, mas o bem-estar físico, mental e social. Por isso, a **moradia é direito-fim** – por garantir imediata guarida, proteção, privacidade e descanso – e **direito-meio** – por ser dispositivo de exercício de outros direitos e acesso, com sucesso, a outras políticas públicas.

No âmbito da Política Nacional de Saúde Mental, a experiência brasileira da desinstitucionalização tem como principal desaguadouro a moradia unipessoal, em grupo ou familiar. As residências terapêuticas são o pilar da oferta de moradia e são estruturantes para a reabilitação psicossocial, como um dos componentes da RAPS.

Intercomunicantes com essa política são aquelas voltadas às pessoas com deficiências, ancoradas na CDPD e na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), já enfocadas neste documento, localizando o direito à moradia como um entre vários direitos sociais cujo exercício é promotor de saúde, como também previne agravos e diminui fatores de risco à saúde. Em detalhe e avanço, a LBI estabelece que “o poder público adotará programas e ações estratégicas para apoiar a criação e a manutenção de moradia para a vida independente da pessoa com deficiência” (art. 31, §1.º). Entre as modalidades de acesso, **os programas habitacionais devem reservar, no mínimo, 3% das unidades em favor de pessoas com deficiência.**

As modalidades de política habitacional comunicam-se com a necessidade de se garantir moradia para as pessoas privadas de liberdade em HCTPs – em processos de desinstitucionalização –, bem como, preventivamente, para aquelas que, tendo cometido crime e apresentando necessidades de cuidados em saúde mental, precisam exercer o direito à moradia para se reorganizar e retomar projetos de vida autônomos, distantes das instituições totais historicamente voltadas a isolá-las porquanto, por vezes, encontravam-se inseridas em ciclos de violência por não terem garantido o direito à moradia, entre outros direitos sociais fundamentais.

Nesse sentido, o público-alvo da Resolução CNJ n. 487/2023 também é beneficiário das políticas de moradia e habitação, destacando-se aquelas pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial que perderam o vínculo familiar e comunitário ou que estiveram institucionalizadas, mas para as quais não convém o atendimento em SRTs. Para tal público, portanto, podem ser envidados esforços com vistas à inclusão em políticas como o **Programa Minha Casa Minha Vida** (Lei Federal n. 14.620/2024), de **Benefícios Eventuais**, entre eles o **Aluguel Social**, nos termos da Lei Federal n. 8.742/1993, art. 22, e Decreto n. 6.307/2007.

As orientações aqui prestadas visam ao estabelecimento de marcos gerais para a resolutividade de casos complexos que, porventura, podem ocorrer nos territórios. Entretanto, cabe ainda destacar que tais situações são, assim como as demais, objeto de planejamento para o melhor tratamento em saúde, devendo, então, consolidar-se como estratégia de articulação interinstitucional, que poderá ser debatida no âmbito dos CEIMPAs ou, ainda, de câmaras técnicas bipartites.

6 Rede de Políticas Públicas em Interface com a Política Antimanicomial do Poder Judiciário

Este capítulo reúne informações de diferentes políticas públicas e sociais, como garantias constitucionais, que contribuem à efetivação compartilhada, sustentável e responsável da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, em necessária interface com as políticas sociais. A partir dos esforços de cada Ministério e Secretaria componente do CONIMPA, são apresentados o contexto da política; as suas atribuições; os serviços, os programas e os benefícios já implementados ou em fase de implementação; as atribuições relativas à educação permanente e outros dados pertinentes.

Trata-se de informações relevantes para a implementação da Resolução CNJ n. 487/2023 nas diferentes Unidades da Federação, considerando, principalmente, a qualificação dos fluxos interinstitucionais acima apresentados com base nas particularidades territoriais. As ações aqui apresentadas são executadas, geralmente, pelos três níveis federativos, servindo, assim, de base para a consolidação das ações e das etapas para a implementação da Política e das Diretrizes de Cuidados e Garantia de Direitos.

6.1 Política de Saúde Mental

Contextualização geral da política

Nas últimas quatro décadas, ganhou força no Brasil amplo movimento em prol da mudança do modelo assistencial em saúde mental que, desde o final do período monárquico brasileiro, havia adotado o internamento como a resposta padrão para as pessoas que demandavam cuidados. Esse modelo ficou conhecido como **hospitalocêntrico** ou **manicomial**. O hospital psiquiátrico era o centro da política de saúde mental para quem tinha problemas relacionados à saúde ou de ordem social, incluindo as pessoas com problemas de saúde mental ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e em conflito com a lei.

Diante das constantes **violações de direitos** nesses ambientes e da **ineficiência terapêutica** dessas instituições, após a Segunda Guerra Mundial, os países de economia desenvolvida iniciaram um processo de mudança no paradigma da assistência em saúde mental, processos esses denominados de **reforma psiquiátrica**. No Brasil, no final da década de 1970, iniciou-se grande articulação de diferentes segmentos da sociedade em prol da necessária **superação do modelo hospitalo-**

cêntrico em saúde mental. Esse processo insurgente inspirou a mudança nas bases normativas da política de saúde mental brasileira. Em 2001, foi promulgada a **Lei Federal n. 10.216** que, entre outras coisas, dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas com problemas de saúde mental e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, induzindo a constituição de uma rede de serviços de base comunitária, tornando o internamento uma medida de excepcionalidade, além de vedar que o internamento continuasse ocorrendo em instituições de caráter asilar. Essa Lei é um marco no processo civilizatório no âmbito do cuidado em saúde mental.

Em decorrência dessa mudança de paradigma, tem havido crescente acúmulo de esforços para a superação do modelo manicomial, que deve considerar também os HCTPs, anteriormente denominados de manicômios judiciários. Assim como com as demais instituições manicomiais, os **HCTPs também se caracterizaram como instituições que reproduzem internamentos prolongados, exclusão social e violação de direitos.** Esses acontecimentos estão em total desacordo com o que preconiza a legislação brasileira, sobretudo a Lei n. 10.216/2001.

Mesmo considerando que os **HCTPs** são, em sua maioria, administrados pelas Secretarias de Administração Prisional ou órgãos congêneres, sob a jurisdição dos Tribunais de Justiça estaduais, essas instituições também **devem seguir as determinações da Lei que reorienta o modelo assistencial em saúde mental no Brasil.**

Atribuições

Ao estabelecer diretrizes para a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e ao redirecionar o modelo assistencial, o inciso IX, do art. 2.º, da Lei n. 10.216/2001, determina que a pessoa com problemas de saúde mental deve ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. Isso motivou o estado brasileiro, mais diretamente o MS, a construir um processo de substituição gradual dos hospitais psiquiátricos por serviços comunitários. Para concretizar tal mudança, o MS tem desenvolvido uma política de saúde mental que preconiza a desinstitucionalização e o cuidado em liberdade, com base nos direitos humanos.

Em 2011, o MS sistematizou um arranjo organizativo para o cuidado em saúde denominado de **Redes de Atenção à Saúde.** A RAS é entendida como o conjunto dos serviços, trabalhadoras e trabalhadores que, operando em conjunto de modo articulado, garantem a coordenação do cuidado – integral e continuado –, favorecendo a otimização do trabalho em saúde, a racionalização de custos e, fundamentalmente, a integralidade do cuidado.

Nesse percurso evolutivo, na concepção de **Redes para o cuidado em saúde,** a **RAPS** passou a ser uma das cinco redes prioritárias, caracterizando-se como rede abrangente e interdisciplinar do SUS, e compreendendo uma gama de serviços que abarcam desde a Atenção Primária à Saúde até o atendimento especializado em ambiente hospitalar e de urgência e emergência.

Com essa nova concepção, a **Portaria GM/MS 3.088 de 2011 criou a RAPS** com a finalidade de garantir a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento

ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Essa rede tem as seguintes **diretrizes**:

I – respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; II – promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; III – combate a estigmas e preconceitos; IV – garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; V – atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; VI – diversificação das estratégias de cuidado; VII – desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; VIII – desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; IX – ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; X – organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; XI – promoção de estratégias de educação permanente; e XII – desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.⁴⁸

Seu propósito primordial é proporcionar **atenção integral** às pessoas que apresentam algum problema de saúde mental ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Esse processo de acolhimento deve ser estendido e envolver também aos familiares das pessoas que demandam cuidado.

Ademais, a RAPS está fundamentada nos **princípios do SUS**, tais como: universalidade de acesso; integralidade de assistência; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pela pessoa usuária; participação da comunidade; descentralização político-administrativa, entre outros.

A RAPS tem três **objetivos gerais**. São eles:

- I. ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II. promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
- III. garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Para tanto, constituiu-se ampla rede de serviços e infraestrutura. Considerando as demais redes de saúde, a **RAPS é a que tem a maior complexidade** dado que está organizada em torno

48 Ministério da Saúde. Portaria n. 3.083, de 23 de dezembro de 2011, que “Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 23 de abril de 2024.

de 7 Componentes (grandes eixos) e ao menos 17 diferentes pontos de atenção (ações e serviços de saúde). O art. 5.º da Portaria de Consolidação GM/MS n. 03/2017 define todos os pontos de atenção da RAPS.

É importante destacar que, para a garantia da **atenção integral**, é necessário **articular o conjunto dos serviços e das ações disponíveis**, superando a lógica que reduz o cuidado em saúde a um serviço especificamente.

A implementação da RAPS é um marco na reorientação do modelo assistencial brasileiro, uma vez que cria **condições objetivas para que o cuidado em saúde mental** ocorra em serviços comunitários, tendo como base a liberdade, a autonomia e a reinserção psicossocial.

Ao longo dos últimos 25 anos, o Brasil vem construindo uma rede de saúde mental diversificada, ampliada e integrada com as demais redes de saúde. **A OMS reconheceu essa rede como uma experiência exitosa de mudança do modelo assistencial.**

A Resolução CNJ n. 487/2023 estabeleceu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, alinhada à Lei n. 10.216/2001 e à CDPD. Com base nisso, gradativamente, o cuidado em saúde para pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial que estão em conflito com a lei deve ser deslocado para as redes de saúde, prioritariamente para a RAPS. Essa resolução impõe prazos para o fechamento parcial e total dos HCTPs e instituições correlatas, sob orientação do Juízo da Execução Penal, visando prevenir novas internações e redirecionar o fluxo assistencial do cuidado em saúde que, desde então, passa a ser realizado pela RAPS. Esta abordagem reforça a **urgência de se promoverem políticas e práticas de desinstitucionalização, com ênfase em abordagens comunitárias, tal como já ocorre para o cuidado em saúde mental como um todo.**

Em julho de 2023, em conjunto com o CNJ, o MS assinou um **Protocolo de Intenções** no qual assume o compromisso de envidar os esforços necessários para estabelecer cooperação interinstitucional em todos os campos de comum interesse, voltada à implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário. O MS continua o processo de **expansão, fortalecimento e qualificação da RAPS para viabilizar satisfatoriamente a inserção das pessoas com problemas de saúde mental e em conflito com a lei.**

Serviços, programas e benefícios

Desde 1992 o MS tem dedicado esforços ao fortalecimento de uma rede de atenção à saúde mental de caráter comunitário. Esse processo foi impulsionado a partir da Lei n. 10.216/2001, que garante a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, impulsionando a reforma do modelo assistencial em saúde mental, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. A Portaria Consolidada GM/MS n. 3, de 28 de setembro de 2017, consolidou as diretrizes das redes do SUS. O Anexo V dessa Portaria, dedicado à RAPS, determina que o acolhimento às pessoas com transtornos mentais deve ser efetuado de modo integrado, coordenado e eficaz. O cuidado deve

ser oferecido em uma rede complexa constituída por diversos pontos de atenção. Tais pressupostos preconizam constituir abordagem ampla e diversificada para o cuidado em saúde mental no Brasil.

A RAPS abrange uma variedade de serviços e ações que englobam a Atenção Primária à Saúde, a Atenção Especializada à Saúde e a Atenção Hospitalar. Ao todo, são 17 serviços que recebem custeio do MS em diferentes pontos de atenção, entre os quais se destacam:

COMPONENTE	PONTO DE ATENÇÃO	PARÂMETRO
I – Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro 2011
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas	Consultório na Rua – Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
		Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família ⁴⁹	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica – 2011
	Centro de Convivência	Regulamentação em fase de formulação
II – Atenção Psicossocial Especializada	CAPS I	Municípios ou regiões com população acima de 20 mil habitantes.
	CAPS II	Municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes
	CAPS III	Municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes
	CAPS AD	Municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes
	CAPS ADIII	Municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes
	CAPS i	Municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes
III – Atenção de Urgência e Emergência	UPA 24 horas	Conforme disposto no Título IV, do Anexo III da Portaria de Consolidação GM/MS 03/2017
	SAMU 192	Conforme disposto no Título II, do Anexo III da Portaria de Consolidação GM/MS 03/2017
	Sala de Estabilização	
	Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em hospital geral	
	Unidade Básica de Saúde	Somente as que ofereçam suporte para tal

⁴⁹ Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) previstos nessa Portaria foram extintos em 2020. A Secretaria de Atenção Primária em Saúde (SAPS) instituiu, em 2023, as Equipes Multiprofissionais na APS, as e-Multi. São equipes compostas por profissionais de saúde, de diferentes áreas do conhecimento e categorias profissionais. Elas operam de maneira complementar e integrada às outras equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS).

IV – Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento – Adulto	UA-A (com 15 vagas) deve ser referência para municípios ou região com população igual ou superior a 100.000 habitantes
	Unidade de Acolhimento – Infante-Juvenil	UA-I (com 10 vagas) deve ser referência para Municípios ou região com população igual ou superior a 100.000 habitantes Pode ser implantada uma UA-I a cada 5.000 crianças e adolescentes em risco para uso de drogas. Também poderá ser implantada UA-I em município ou região que contabilizem de 2.500 a 5.000 crianças e adolescentes em risco para uso de drogas
V – Atenção Hospitalar	Leitos de psiquiatria em hospital geral	
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral)	
VI – Estratégias de Desinstitucionalização	Serviço Residencial Terapêutico (SRT)	– Os SRT deverão acolher pessoas com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. Considera-se longa permanência a internação de dois anos ou mais ininterruptos – São definidos como SRT Tipo I as moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores – São definidos como SRT Tipo II as modalidades de moradia destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo 10 moradores
	Programa de Volta Para Casa	O Programa de Volta para Casa, como estratégia de desinstitucionalização, é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003, que provê auxílio reabilitação para pessoas com problemas de saúde mental egressas de internação de longa permanência de dois ou mais anos ininterruptos em hospital psiquiátrico ou hospital de custódia
VII – Reabilitação Psicossocial	Cooperativas de Economia Solidária; Iniciativas de Geração de Renda	

Fonte: Portaria de Consolidação GM/MS 03/2017.

Os serviços acima descritos recebem financiamento do MS. Dos pontos de atenção apresentados, alguns são exclusivos da política de saúde mental e, portanto, devem seguir as diretrizes do Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS). Entre os serviços que são diretamente vinculados à política de saúde mental, destacam-se:

- os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- os Serviços Residências Terapêuticas (SRT);
- as Unidades de Acolhimento (UA); e
- os Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais (LSMHG).

Os Centros de Convivência já existentes serão regulamentados e cofinanciados pelo MS. Essa rede visa estabelecer um modelo de assistência integral em saúde mental, aberto e comunitário, alinhado com as diretrizes da OMS. O objetivo primordial é promover a autonomia, a cidadania, o cuidado em liberdade e a atenção integral em saúde das pessoas com problemas de saúde mental, favorecendo a desinstitucionalização e a proteção de seus direitos. Este progresso na prestação de cuidados em saúde mental tem tido um impacto positivo no cotidiano e na vida de cada uma das pessoas que acessa a RAPS.

Mesmo os municípios que não possuem serviços especializados da RAPS têm alguma referência para o cuidado em saúde mental. A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada do território de moradia. Além disso, pode haver encaminhamento para serviços de saúde mental de referência da região, de acordo com as pactuações regionais, garantindo assim a continuidade e a integralidade do cuidado em saúde mental.

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os **CAPS** desempenham papel essencial como articuladores da Rede de Saúde Mental, oferecendo assistência a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes por meio de um **PTS**. Contando com equipes multidisciplinares, esses Centros realizam avaliações dos aspectos clínicos e sociais. Devem construir PTS centrado nas demandas de cuidado de cada pessoa. Esses espaços oferecem atividades cotidianas, tais como: acolhimento individual, grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas, apoio familiar, atividades de fortalecimento do protagonismo das pessoas usuárias, entre outros serviços.

Os **CAPS TIPO III e AD III** funcionam 24 horas, 7 dias por semana. Esses serviços oferecem acolhimento noturno para eventuais necessidades, de acordo com o PTS de cada pessoa usuária da RAPS. Adicionalmente, importa destacar que as SRT e as UA são estrategicamente vinculados a um CAPS.

No conjunto dos pontos de atenção da RAPS, dois são essencialmente importantes no processo de desinstitucionalização, incluindo as pessoas egressas dos HCTP. Os **SRTs** e o **PVC** são estratégias

desenvolvidas para viabilizar **retaguarda residencial** e **auxílio pecuniário** como formas de garantir que a saída do ciclo de institucionalização ocorrerá de modo protegido. Desde a concepção dessas estratégias já estava previsto que as pessoas egressas dos HCTPs também podem ser beneficiadas, caso haja necessidade para tal.

Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)

Os **SRTs** são moradias comunitárias projetadas para acolher pessoas que estiveram internadas por longos períodos, tanto em hospitais psiquiátricos quanto em HCTPs. São considerados elegíveis para ingresso nessas moradias aqueles que passaram dois anos ou mais em internamento em hospitais psiquiátricos ou HCTPs.

SRT TIPO I é a modalidade de moradia destinada a pessoas com internação de longa permanência, que não possuem vínculos familiares e sociais. O SRT tipo I pode acolher até oito moradores, não podendo exceder este número.

Cada módulo residencial deve ser vinculado a serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte necessário ao serviço residencial. O acompanhamento dos moradores e moradoras da SRT deve ser consonante com os PTS. Esse suporte foca na reabilitação psicossocial dos moradores e das moradoras na rede social existente (trabalho, lazer, educação, entre outras).

SRT TIPO II é modalidade de moradia destinada a pessoas com maior grau de dependência, que demandam cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que necessitam de ações mais diretas, com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente.

Esse tipo de SRT pode acolher no máximo 10 moradores. O encaminhamento de moradores para SRT tipo II deve estar previsto no PTS elaborado na construção do processo de desinstitucionalização. Cada módulo residencial deve estar vinculado a serviço/equipe de saúde mental de referência que oferecerá o suporte técnico necessário ao serviço residencial.

A desinstitucionalização, por princípio, pressupõe que esses serviços são indicados para as situações em que o retorno para a família se tornou inviável por algum motivo.

Quando a pessoa desinstitucionalizada não se enquadra no perfil do serviço, é necessário considerar os serviços de moradia oferecidos por outras políticas públicas existentes, ou mesmo a possibilidade de acolhimento em uma unidade de SRT com vagas disponíveis na mesma região.

É essencial criar condições permanentes ou temporárias de moradia com inclusão na comunidade para o cuidado em liberdade, sempre referenciado a um serviço na RAPS, especialmente por meio de um CAPS. Reforçando que cada moradia deve estar vinculada a serviço ou equipe de saúde mental de referência, seja na atenção básica ou na atenção especializada, que oferecerá o suporte técnico necessário para o cuidado em liberdade, devendo essa trajetória constar no PTS elaborado durante o processo de desinstitucionalização.

É importante destacar que a SRT é referência de residencialidade exclusivamente para a porta de saída, ou seja, no processo de desinstitucionalização. Em relação à demanda de residencialidade surgida na porta de entrada – no contexto das audiências de custódia –, a equipe conectora deve avaliar o caso, considerando as políticas e os recursos disponíveis, e determinar qual é o melhor encaminhamento para o cuidado em liberdade, subsidiando o juízo com os encaminhamentos pertinentes.

Os serviços da RAPS podem ser requisitados pelos estados e municípios diretamente ao Ministério da Saúde por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Política em Saúde (SAIPS). Esses serviços recebem incentivo financeiro para implantação e custeio. Eventualmente, o MS disponibiliza recurso para obras (construção e reforma). A verba destinada a obras é gerenciada pelo Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB).

Os serviços de saúde mental da RAPS são majoritariamente de gestão municipal. A solicitação para implantação de um desses pontos de atenção depende de uma avaliação da necessidade por parte do município que, após pactuação bipartite, encaminha ao MS a solicitação de implantação. Após a análise técnica, superada a fase documental comprobatória, o MS publica portaria que habilita o serviço e direciona os recursos que serão incorporados ao teto da Média e Alta Complexidade da respectiva gestão solicitante. Esse processo de aprovação por meio de portaria garante a formalização do serviço e a destinação adequada dos recursos para a implementação e manutenção dos pontos de atenção da RAPS. Os serviços que recebem financiamento do MS seguem as diretrizes operacionais pactuadas para a RAPS.

Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinsti)

Além dos serviços acima descritos, desde 2014 o MS constituiu o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP). Esse ponto de atenção esteve vinculado à PNAISP. A partir da Portaria GM/MS n. 4.876/2024, passa a ser denominado de Equipe, com a sigla EAP-Desinst, e a integrar a RAPS, especialmente como resposta direta e assertiva frente a demandas decorrentes da Política Antimanicomial do Judiciário.

A **equipe EAP-Desinst** desempenha papel fundante no processo de desinstitucionalização, facilitando a transição de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei de instituições manicomiais e/ou prisionais para o cuidado em liberdade. Nesse sentido, é essencial que intervenções sociais, jurídicas e políticas sejam implementadas de maneira coordenada para garantir que a desinstitucionalização não resulte em desassistência. Parafraseando Franco Basaglia e Dora Sadigursky, pode-se destacar que a equipe EAP-Desinst não apenas facilita a **“verdadeira” desinstitucionalização**, promovendo mudanças estruturais e sociais profundas, mas também ajuda a evitar a **“falsa” desinstitucionalização**, assegurando que a reintegração na comunidade seja

sustentada por um suporte contínuo e eficaz na RAPS. Assim, a presença e a atuação diligente da equipe EAP-Desinst são fundamentais para garantir que a transição para a vida comunitária seja bem-sucedida, promovendo o cuidado em liberdade.

Diante dessa concepção, as Equipes EAP-Desinst têm como **objetivo** estabelecer conexão entre os Sistemas de Justiça, Saúde e Assistência Social, bem como suas respectivas políticas e serviços. Seu propósito é criar ambiente propício para o processo de desinstitucionalização dessas pessoas, buscando a inserção delas na rede de base comunitária. Essas equipes atuam como porta de entrada do sistema de justiça, sendo acionadas para os casos que aparecem em Audiências de Custódia. Além disso, desempenham papel importante como porta de saída dos HCTPs, realizando ações direcionadas à reintegração social dessas pessoas, para que passem a acessar os serviços de saúde do território, e possam ter o direito ao melhor tratamento de saúde consentâneo a suas necessidades, como preconiza a Lei n. 10.216/2001.

Entre as **funções** das EAP-Desinst, estão:

- realizar um diagnóstico abrangente sobre a condição social e de saúde de cada uma dessas pessoas;
- mapear e sensibilizar os pontos de atenção das redes do SUS e SUAS;
- encaminhar e acompanhar a continuidade do cuidado realizado pelos serviços de referência; e
- apoiar a construção de PTS junto aos serviços dessas redes e fornecer subsídios, por meio de instrumentos legais, ao Juiz ou Juíza da Execução Penal, contribuindo para o redirecionamento do cuidado em liberdade dessas pessoas.

Assim, essa equipe desempenha **papel central no processo de desinstitucionalização e na porta de entrada do Sistema de Justiça Criminal**, realizando a conexão entre os Sistemas de Justiça, SUS e SUAS, promovendo abordagem integrada no atendimento às necessidades das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

As EAP-Desinst são equipes que devem ser cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) estaduais, preferencialmente nas Secretarias Estaduais de Saúde. Caso haja mais de uma equipe e se planeje alocar uma das EAP-Desinst em um território fora da capital, o CNES será estadual e o INE será vinculado ao serviço do município onde será instalada. É importante destacar que a EAP-Desinst nunca poderá ser instalada em espaços prisionais, asilares ou manicomiais.

No novo arranjo organizacional, a Equipe EAP-Desinst foi estruturada para atender até 80 pessoas simultaneamente, incluindo aquelas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei.

As EAP-Desinst poderão ser acionadas “prioritariamente” para realizar as avaliações e os acompanhamentos da porta de entrada do Sistema de Justiça Criminal e do processo de desinstitucionalização dos HCTP e das Alas de Tratamento Psiquiátrico em Estabelecimentos Penais (ATP-EP), unidades que são semelhantes aos HCTP e que possuem alta concentração de pessoas em medida de segurança.

Nesse sentido, a partir das audiências de custódia, as EAP-Desinst podem ser acionadas pela equipe APEC ou pela própria autoridade judicial responsável pela condução da audiência, para avaliar e acompanhar indivíduos com indícios de problemas graves ou persistentes de saúde mental, assim como associados ao uso de álcool e outras drogas. O objetivo central é identificar e potencializar alternativas ao encarceramento, priorizando o encaminhamento dos casos para cuidados em liberdade.

A atuação da EAP-Desinst vai além do atendimento a partir das audiências de custódia. A equipe deve-se dedicar ao processo de desinstitucionalização de pessoas que estão sob medidas de segurança em HCTPs ou em Alas de Tratamento Psiquiátrico em estabelecimentos penais. O foco é promover o retorno gradual dessas pessoas à comunidade, proporcionando acompanhamento e suporte individualizado para garantir o cuidado em liberdade e promover sua autonomia.

Nesse sentido, além de seu foco principal nas audiências de custódia e no processo de desinstitucionalização, a EAP-Desinst também pode ser acionada por diversos agentes para prestar avaliação e acompanhamento a pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. A coordenação estadual ou municipal da PNAISP pode solicitar a atuação da EAP-Desinst para avaliar e acompanhar indivíduos custodiados com problemas graves ou persistentes de saúde mental, assim como problemas associados ao uso de álcool e outras drogas.

Profissionais de saúde que atuam no sistema prisional, incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, têm a capacidade de identificar casos que se enquadram no perfil de necessidade de avaliação e acompanhamento pela EAP-Desinst, podendo solicitar sua intervenção. Juízes e juízas que monitoram casos de pessoas em conflito com a lei e percebem a necessidade de avaliação podem determinar a atuação da equipe.

O Ministério Público, no exercício de sua função de defesa da sociedade e dos direitos individuais, também pode solicitar a intervenção da EAP-Desinst em casos que demandem avaliação especializada. O mesmo pode ocorrer com outros representantes legais da pessoa necessitada de avaliação, que têm o direito de solicitar a atuação da equipe.

Serviços de saúde mental, serviços da Política de Assistência Social e outras entidades de referência podem requerer a intervenção da EAP-Desinst para casos que necessitem de avaliação e acompanhamento. A própria EAP-Desinst, ao identificar a necessidade de avaliação e acompanhamento em determinados casos, pode tomar a iniciativa de atuar, desde que as instâncias responsáveis pela custódia ou pela medida terapêutica sejam informadas previamente e que a coordenação da RAPS, em âmbito estadual ou municipal, seja devidamente comunicada.

Em todo caso, todas as solicitações destinadas à EAP-Desinst devem ocorrer dentro do processo legal.

Educação permanente

A reorientação do modelo assistencial em saúde mental demanda a **produção de uma nova sensibilidade e um conjunto de novas práticas de cuidado**.

O processo desencadeado pela Resolução CNJ n. 487/2023 reforça a necessidade de uma **mudança com dimensão paradigmática**. Transformações profundas como essa demandam significativo investimento em formação para as pessoas que estarão cotidianamente na condição de operadores e operadoras do cuidado em cada um dos pontos de atenção. A educação permanente de profissionais que atuam nos diversos serviços mencionados é essencial para garantir sua **efetividade desse novo paradigma**.

É crucial que esses profissionais, por meio da educação permanente em saúde, tenham a oportunidade de aprimorar seus conhecimentos especialmente em temas relacionados à saúde mental e ao cuidado de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

No contexto apresentado, o processo de **formação profissional não se limita apenas a profissionais da RAPS**, mas também demanda esforços intersetoriais que envolvam outras áreas, como a Assistência Social, o Sistema de Justiça e o sistema de Segurança Pública. Isso significa que é necessário estender a formação para além do campo da saúde mental, abrangendo também profissionais do SUAS e dos serviços penais⁵⁰ e de segurança pública. A colaboração entre esses setores é essencial para garantir a existência e a manutenção do cuidado em liberdade, promovendo o tratamento adequado das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Assim, a **educação permanente** de profissionais que atuam nesses diversos serviços é **elemento central** para assegurar sua efetiva operacionalização da desinstitucionalização e do cuidado em liberdade. Participar de atividades educacionais dessa natureza permitirá que profissionais estejam constantemente atualizados sobre as práticas mais eficazes e os avanços na área de saúde mental, contribuindo para a qualidade do cuidado oferecido. Essa é uma responsabilidade que compete a todas as instâncias de gestão.

Normativos importantes

- BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil, seguindo os preceitos da Lei Antimanicomial. Diário Oficial da União, Brasília, 9 abr. 2001;

⁵⁰ Serviços penais são aqueles por meio dos quais as políticas penais podem ser redimensionadas para além da prisão como única resposta para a responsabilização, e que devem se orientar pela perspectiva da garantia da cidadania das pessoas atendidas, promovendo o acesso voluntário à rede de proteção social e demais políticas públicas conforme as necessidades e singularidades de cada caso. Entre os serviços penais que vêm sendo configurados e implantados no contexto de políticas específicas, destacam-se: o Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada (APEC), atuante na ocasião das audiências de custódia; a Central Integrada de Alternativas Penais (CIAP), atuante no âmbito da política de alternativas penais; a Central de Monitoração Eletrônica (CME), responsável por acompanhar a medida de monitoração; e o Escritório Social, voltado à atenção às pessoas egressas do sistema prisional e suas famílias (BRASIL, 2022, p. 11).

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017.** Anexo V. Aborda a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destacando a importância da integração de serviços para proporcionar um cuidado integral em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, 2 out. 2017;
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS n. 6, de 28 de setembro de 2017.** Capítulo III. Consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde e trata do financiamento da Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, Brasília, 2 out. 2017;
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 5, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2017;
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1.604, de 18 de outubro de 2023.** Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) no âmbito do Sistema Único de Saúde, delineando diretrizes para a atenção especializada. Diário Oficial da União, Brasília, 20 out. 2023; e
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 4.876, de 18 de julho de 2024.** Altera as Portarias de Consolidação GM/MS n. 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.

6.2 Política de Assistência Social

Contextualização geral da política

A **Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)** define a assistência social como um direito do cidadão e dever do Estado, que deve prover os mínimos sociais por meio de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, a fim de garantir o atendimento às necessidades básicas.

Assistência Social tem por **objetivos** a proteção social, a vigilância socioassistencial e a defesa de direitos das famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco social ou em situação de violação de direitos.

A **política de Assistência Social** está organizada sob a forma de sistema público, descentralizado, participativo e não contributivo, denominado **SUAS**, que é responsável pela organização e gestão das ações, programas, projetos, serviços e benefícios da Política Pública de Assistência Social em todo o território nacional. Este Sistema Único, integrado pelos entes federativos, pelos conselhos de assistência social e pelas entidades e organizações de assistência social, teve sua implementação iniciada no ano de 2005 com a edição da Norma Operacional Básica do SUAS (NOB/SUAS), mas foi em 2011 que a Lei n. 8.742, de 1993, Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), foi alterada pela

Lei n. 12.435, reconhecendo que a gestão da Política Pública de Assistência Social ocorre por meio de um sistema descentralizado e participativo, o SUAS.

No desenvolvimento do trabalho social com famílias, realizado essencialmente no CRAS e no CREAS, por meio dos serviços PAIF e PAEFI, respectivamente, uma medida de proteção relevante são os processos de acompanhamento familiar, que consiste na realização de um conjunto de intervenções, desenvolvido de forma continuada, a partir do estabelecimento de compromissos entre famílias e profissionais, com objetivos a serem alcançados, buscando a superação gradativa das vulnerabilidades vivenciadas.

O trabalho social com famílias no âmbito do SUAS usa o relatório técnico socioassistencial como instrumento que evidencia a compreensão da realidade das famílias, o qual contribui para a elaboração do plano de acompanhamento individual ou familiar, a ser construído em conjunto com a família/indivíduo, evidenciando com clareza as estratégias que estão sendo adotadas no decorrer do acompanhamento, bem como os compromissos de cada parte e a necessidade de articulações.

O SUAS conta com uma rede de serviços, programas, projetos e benefícios. Os serviços socioassistenciais, prestados em unidades presentes em todo território nacional, conforme a **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**, aprovada pela Resolução CNAS n. 109/2009.

A seguir, são apresentados serviços, programas e benefícios no âmbito do SUAS.

Serviços, programas e benefícios

Destaca-se que o Sistema Único de Assistência Social é resguardado normativamente no que tange às condicionalidades de inclusão, ressaltando-se, assim, a necessidade de avaliação caso a caso, com base no PTS e nas condições e formas de acesso aos serviços da Assistência Social.

Os serviços e programas do SUAS estão organizados em **níveis distintos de proteção social**: proteção social básica e proteção social especial, que podem ser de média ou de alta complexidade.

Serviços e programas de Proteção Social Básica

A **proteção social básica** tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, entre outros) e/ou fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social, e oportuniza o acesso a direitos.

Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)

Serviço oferecido em todos os CRAS, apoia as famílias, prevenindo a ruptura de laços, promovendo o acesso a direitos e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. O trabalho social com famílias é realizado no âmbito do PAIF. Esse trabalho estimula as potencialidades de famílias

e da comunidade, promove espaços coletivos de escuta e troca de vivências. Faz parte de um conjunto de procedimentos realizados com o intuito de contribuir para convivência, acesso e usufruto a direitos, e potencializa a (re)construção dos projetos de vida, com interação na sociedade.

O PAIF oferece atendimento a famílias, priorizando a dimensão coletiva no trabalho social e encaminhamento a outros serviços e políticas. O serviço também apoia ações comunitárias, por meio de palestras, campanhas e eventos, ajudando a comunidade na construção de soluções para o enfrentamento de problemas comuns. De acordo com as Orientações Técnicas sobre o PAIF, “o acompanhamento familiar consiste em um conjunto de intervenções, desenvolvidas de forma continuada, a partir do estabelecimento de compromissos entre famílias e profissionais, que pressupõem a construção de um Plano de Acompanhamento Familiar - com objetivos a serem alcançados, a realização de mediações periódicas, a inserção em ações do PAIF, buscando a superação gradativa das vulnerabilidades vivenciadas”.

Público atendido: podem participar do PAIF famílias em situação de vulnerabilidade social. São prioritários no atendimento os beneficiários que atendem os critérios de participação em programas de transferência de renda e de acesso a benefícios assistenciais e pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas que vivenciam situações de fragilidade.

Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV)

O SCFV é um serviço da Proteção Social Básica do SUAS, ofertado de forma complementar ao trabalho social com famílias realizado por meio do PAIF e do PAEFI.

O SCFV realiza atendimentos em grupo e é dividido por ciclos de vida. São atividades artísticas, culturais, de lazer e esportivas, entre outras, de acordo com a idade das pessoas usuárias. É uma forma de intervenção social planejada que cria situações desafiadoras, estimula e orienta usuários/as na construção e reconstrução de suas histórias e vivências individuais, coletivas e familiares, assim como permite usufruir dos bens públicos.

Público atendido: podem participar crianças, jovens e pessoas adultas; pessoas com deficiência; pessoas que sofreram violência; vítimas de trabalho infantil; jovens e crianças fora da escola; jovens que cumprem medidas socioeducativas; pessoas idosas; além de outras pessoas inseridas no Cadastro Único.

Programa Acessuas Trabalho

O Programa Nacional de Promoção do Acesso ao Mundo do Trabalho - Acessuas Trabalho busca promover o acesso das pessoas usuárias do SUAS ao mundo do trabalho por meio de informações e orientações sobre direitos e oportunidades, de ações que estimulam o reconhecimento de potencialidades e o desenvolvimento de habilidades, bem como da articulação com políticas setoriais.

Como Programa da Proteção Social Básica, o Acessuas Trabalho complementa e qualifica as ações dos demais Serviços do SUAS, em especial o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à

Família - PAIF, tratando do tema específico do mundo do trabalho, e contribuindo para a construção da autonomia dos usuários e das usuárias.

O ciclo de oficinas realizado no âmbito do Programa tem como objetivo orientar as pessoas usuárias sobre questões relacionadas ao mundo do trabalho e possibilitar o reconhecimento e o desenvolvimento de suas habilidades, como cooperação, comunicação e gerenciamento de emoções. Também são abordados conteúdos práticos, como elaboração de currículos e participação em entrevistas de emprego. Ao longo do ciclo de oficinas, a equipe do Programa auxilia usuários e usuárias na identificação de seus interesses em relação ao trabalho, considerando sua história de vida, suas vivências profissionais, comunitárias e familiares. Dessa forma, a pessoa que participa dos ciclos de oficina estará mais bem preparada para ser encaminhada para oportunidades de inclusão produtiva presentes nos territórios.

Sendo assim, os usuários e as usuárias terão melhores condições de acessar as oportunidades presentes no território uma vez que tenham passado pelas atividades de desenvolvimento de habilidades, contribuindo para sua trajetória no mundo do trabalho.

Público atendido: pessoas em situação de vulnerabilidade e/ou risco social, com idade de 14 a 64 anos. Têm prioridade as pessoas inscritas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal - CadÚnico, usuárias de serviços, projetos, programas de transferência de renda e benefícios socioassistenciais.

Serviços de Proteção Social Especial

A **proteção social especial** tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa dos direitos, o fortalecimento das potencialidades e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de risco e violação de direitos. É a modalidade de atendimento voltada a ofertar um conjunto de serviços, programas e projetos organizados em dois níveis de complexidade: média e alta complexidade.

Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade

De acordo com a PNAS (2004), são considerados serviços de média complexidade aqueles que oferecem atendimentos às famílias e indivíduos com direitos violados, mas cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos.

Serviço de Proteção e Atendimento a Famílias e Indivíduos (PAEFI)

O PAEFI é um serviço ofertado no CREAS e voltado para famílias e pessoas que estão em situação de risco social ou tiveram direitos violados. Oferece apoio, orientação e acompanhamento para a superação desses quadros por meio da promoção de direitos, da preservação e do fortalecimento das relações familiares e sociais.

Entre as atividades, estão: identificação das necessidades das pessoas que buscam ou são encaminhadas ao CREAS; atenção especializada; orientação sobre direitos; encaminhamento para outros serviços da assistência social e de outras políticas, como saúde, educação, trabalho e renda, habitação, orientação jurídica, acesso à documentação, entre outros.

Público atendido: pessoas e famílias que sofrem algum tipo de violação de direito, como violência física e/ou psicológica, negligência, violência sexual (abuso e/ou exploração sexual), adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas ou sob medidas de proteção, pessoas em situação de rua, abandono, trabalho infantil, discriminação por orientação sexual e/ou raça/etnia, entre outras.

Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua

Serviço voltado para pessoas que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência, prestado pelo Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop). Oferece atenção e estudo social para a análise das demandas dos usuários e das usuárias, orientação individual e coletiva e encaminhamentos a outros serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas que possam contribuir na construção da autonomia, da inserção social e da proteção às situações de violência. Deve promover o acesso a espaços de guarda de pertences, de higiene pessoal, de alimentação e provisão de documentação civil.

Público atendido: jovens, pessoas adultas, idosas e famílias que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência.

É importante esclarecer que esse serviço não é indicado como alternativa para as pessoas que estão sendo desinstitucionalizadas de HCTPs ou instituições congêneres, uma vez que o processo de desinstitucionalização preconizado pela Resolução CNJ n. 487/2023 prevê alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, e a situação de rua pode aprofundar violações de direitos e agravos de saúde, inclusive potencializando crises em saúde mental. Entretanto, nas demais situações previstas pela Resolução CNJ n. 487/2023 (audiência de custódia, prisão preventiva e outras medidas cautelares), consideradas as diversas trajetórias das pessoas em situação de rua e os diferentes graus de autonomia, esse serviço pode ser uma possibilidade de atendimento em algumas situações, sempre atuando de forma articulada com a equipe de referência da saúde responsável pela condução e atendimento do caso, para a garantia do melhor tratamento em saúde e o cuidado em liberdade.

Serviço Especializado em Abordagem Social

O Serviço Especializado em Abordagem Social é vinculado ao CREAS ou ao Centro Pop e pode ser prestado por essas unidades, ou por entidades e organizações de assistência social vinculadas ao SUAS. Não se trata de um serviço para retirada compulsória de pessoas das ruas, mas de atendimento nos espaços públicos da rua para inserção na Política de Assistência Social e demais

Políticas Públicas, tais como: Saúde, Justiça, Educação, entre outras. As atividades desse serviço são planejadas e continuadas para aproximação, escuta qualificada e construção de vínculo de confiança com pessoas e famílias em situação de risco pessoal e social nos espaços públicos para atender, acompanhar e mediar acesso à rede de proteção social.

Público atendido: crianças, adolescentes, jovens, pessoas adultas, pessoas idosas e famílias que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência.

É importante esclarecer que esse serviço também não é indicado como alternativa para as pessoas que estão sendo desinstitucionalizadas de estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico, uma vez que o processo de desinstitucionalização preconizado pela Resolução CNJ n. 487/2023 prevê alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, e a situação de rua pode aprofundar violações de direitos e agravos de saúde, inclusive potencializando crises em saúde mental. Entretanto, nas demais situações previstas pela Resolução CNJ n. 487/2023 (audiência de custódia, prisão preventiva e outras medidas cautelares), sobretudo nos casos em que a pessoa já se encontrava em situação de rua e consideradas as diversas trajetórias das pessoas em situação de rua e os diferentes graus de autonomia, esse serviço pode ser uma possibilidade de atendimento em algumas situações, sempre atuando de forma articulada com a equipe de referência da saúde responsável pela condução e atendimento do caso, para a garantia do melhor tratamento em saúde e o cuidado em liberdade.

Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade

A Proteção Social Especial de Alta Complexidade do SUAS compreende a oferta de **serviços de acolhimento, voltados a indivíduos ou famílias sem referência familiar ou comunitária ou que necessitam ser afastados do núcleo familiar de origem para sua proteção, e que não tenham condições de autonomia**. Devem ofertar proteção integral e atuar no resgate de vínculos familiares e comunitários ou para a construção de projetos de vida a partir de novas referências.

Tais serviços são ofertados em distintas modalidades, para atendimento a: crianças e adolescentes, jovens entre 18 e 21 anos de idade, jovens e pessoas adultas com deficiência, pessoas adultas e famílias em situação de rua, mulheres em situação de violência doméstica, pessoas idosas e pessoas desabrigadas em situações de calamidade pública. Para cada público, há modalidade(s) específica(s) de serviços de acolhimento tipificadas, com características, metodologias, públicos e critérios de acesso e permanência diferenciados.

É importante destacar que as unidades que efetivam os serviços de acolhimento do SUAS, com caráter excepcional e provisório, não dispõem de ambiente físico, apoio terapêutico, equipe especializada ou estrutura adequados para garantir o cuidado e a proteção às pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental, em processo de desinstitucionalização de HCTPs ou instituições congêneres e para aquelas que requerem cuidados prolongados e intensivos em saúde.

Destaca-se também que não é adequada a utilização de recursos da Política Pública de Assistência Social para custear vagas em entidades ou organizações que não ofereçam serviços socioassistenciais, assim como em redes complementares de saúde, organizações com fins lucrativos ou congêneres.

Nos demais casos em que for cabível o encaminhamento de usuários e usuárias aos serviços de alta complexidade, em que os/as usuários/as não demandem cuidados prolongados e intensivos em saúde e não possuam comprometimentos biológicos e psicológicos de natureza grave ou transtorno mental que mereçam atenção contínua ou de emergência em saúde, propõe-se que sejam adotados fluxos de regulação de vagas estabelecidos pelo SUAS no território, sempre respeitado o público a que se destinam e critérios de inclusão, conforme Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais e demais normativas do SUAS.

Serviço de Acolhimento Institucional para Pessoas idosas (ILPI ou Casa-lar)

É previsto para pessoas idosas que necessitem de cuidados que não dispõem de condições para permanecer com a família, com vivência de situações de violência e negligência, em situação de rua e de abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos.

Público Atendido: pessoas idosas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, independentes e/ou com diversos graus de dependência. É previsto para idosos e idosas que não dispõem de condições para permanecer com a família, com vivência de situações de violência e negligência, em situação de abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos.

Serviço de Acolhimento Institucional para Adultos e Famílias (Abrigo ou Casa de Passagem)

Acolhimento provisório com estrutura para acolher pessoas do mesmo sexo ou grupo familiar. É previsto para pessoas em situação de rua e desabrigo por abandono, migração e ausência de residência ou pessoas em trânsito e sem condições de autossustento. As pessoas acolhidas nessa modalidade devem ser totalmente autônomas e independentes. São unidades previstas para até 50 pessoas, apesar de ainda existirem unidades que atendem números bem superiores, necessitando ser reordenadas.

Público atendido: pessoas em situação de rua e desabrigo por abandono, migração e ausência de residência ou pessoas em trânsito e sem condições de autossustento.

Serviço de Acolhimento em República

Serviço que oferece proteção, apoio e moradia subsidiada a grupos de pessoas maiores de 18 anos de idade em estado de abandono, situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social, com

vínculos familiares rompidos ou extremamente fragilizados e sem condições de moradia e autosustentação. As pessoas acolhidas nessa modalidade devem ser autônomas e independentes.

Público atendido: de acordo com a demanda local, podem ser desenvolvidas repúblicas para diferentes segmentos: jovens entre 18 e 21 anos de idade egressos de serviços de acolhimento para crianças e adolescentes; pessoas adultas em processo de saída das ruas; pessoas idosas que tenham capacidade de gestão coletiva da moradia e condições de desenvolver, de forma independente, as atividades da vida diária.

Serviço de Acolhimento Institucional para Mulheres Vítimas de Violência

Acolhimento provisório para mulheres, acompanhadas ou não de seus filhos e filhas, em situação de risco de morte ou ameaças em razão da violência doméstica e familiar, causadora de lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico ou dano moral. Deve ser desenvolvido em local sigiloso.

Público atendido: mulheres, acompanhadas ou não de seus filhos e filhas, em situação de risco de morte ou ameaças em razão da violência doméstica e familiar, causadora de lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico ou dano moral.

Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência (Residência Inclusiva)

Acolhimento destinado a pessoas jovens e adultas com deficiência que necessitem de cuidados de vida diária, não disponham de condições de autossustentabilidade ou de retaguarda familiar e não precisem de suporte contínuo de saúde. Esse serviço não é adequado para o acolhimento de pessoas com transtornos mentais. Reitera-se que as Residências Inclusivas não são similares aos SRTs ou Unidades de Acolhimento do SUS nem devem ser utilizadas para suprir a falta de tais equipamentos nos territórios.

Público atendido: pessoas jovens e adultas com deficiência, cujos vínculos familiares estejam rompidos ou fragilizados, que não disponham de condições de autocuidado e autosustentabilidade.

Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, Programas de Transferência de Renda e Benefícios Socioassistenciais

O Cadastro Único é o principal instrumento de identificação e caracterização da situação socioeconômica das famílias de baixa renda que residem em território nacional. É a inscrição no Cadastro Único que permite às famílias de baixa renda o acesso aos Programas Sociais do Governo Federal como o Bolsa Família, a Tarifa Social de Energia Elétrica, o BPC entre outros programas dos governos estaduais e municipais. No entanto, estar no Cadastro Único não significa a entrada automática nesses programas, pois cada um deles tem suas regras específicas.

Podem ser registradas no Cadastro Único as famílias que vivem com renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa. Famílias com renda acima desse valor podem ser cadastradas para participar de programas ou serviços específicos que utilizem o Cadastro Único em suas concessões.

A pessoa responsável pela família precisa ir ao posto de cadastramento do município onde reside, levando seu CPF e o de todas as demais pessoas da família que moram com ela e um comprovante de residência, de preferência a conta de luz (se não tiver comprovante de residência, a pessoa pode fazer uma declaração, informando onde mora). Devem ser levados, também, pelo menos, um documento de cada pessoa da família (certidão de nascimento ou casamento, carteira de identidade, carteira de trabalho ou título eleitoral). Em situações específicas, como no caso das pessoas internadas em HCTPs, após avaliação, a gestão municipal pode optar por realizar o cadastramento no próprio local.

Programa Bolsa Família (PBF)

O Programa Bolsa Família é programa de transferência direta e condicionada de renda. Tem por objetivos combater a fome, por meio da transferência direta de renda às famílias beneficiárias, contribuir para a interrupção do ciclo de reprodução da pobreza entre as gerações e promover o desenvolvimento e a proteção social das famílias, especialmente das crianças, dos adolescentes e dos jovens em situação de pobreza. Articula com outras ações de saúde, educação e é vinculado ao SUAS.

Para ter direito ao Bolsa Família, a principal regra é que a renda de cada pessoa da família seja de, no máximo, R\$ 218 por mês, ou seja, se um integrante da família recebe um salário mínimo (considerando que o valor do salário mínimo seja de R\$ 1.412) e, nessa família, há seis pessoas, a renda de cada um é de R\$ 217. Como está abaixo do limite de R\$ 218,00 por pessoa, essa família tem o direito de receber o benefício.

Em primeiro lugar, é preciso estar inscrito no Cadastro Único, com os dados corretos e atualizados. Esse cadastramento é feito em postos de atendimento da Assistência Social dos municípios, como os CRAS ou postos específicos para o Cadastro Único. É preciso apresentar o CPF ou o título eleitoral. Lembramos que, mesmo inscrita no Cadastro Único, a família não entra imediatamente para o Programa Bolsa Família. Todos os meses, o programa identifica, de forma automatizada, as famílias que serão incluídas e que começarão a receber o benefício.

Benefício de Prestação Continuada (BPC)

O BPC, previsto no art. 203 da Constituição Federal e regulamentado pela LOAS, é a garantia de um salário mínimo por mês à pessoa idosa, a partir de 65 anos de idade, e à pessoa com deficiência que comprovem, em ambos os casos, não possuir meios para prover à própria manutenção ou tê-la provida por sua família.

Para acessar o BPC, a pessoa idosa deverá comprovar possuir idade igual ou superior a 65 anos de idade, enquanto a pessoa com deficiência deverá se submeter à avaliação biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, a fim de comprovar a existência de impedimento de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo (com efeitos por, pelo menos, dois anos), que, em interação com barreiras diversas, prejudique a participação social plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Além disso, o BPC somente é devido às pessoas idosas e às pessoas com deficiência que comprovem que a renda mensal por pessoa do grupo familiar é igual ou menor que um quarto do salário mínimo.

A pessoa beneficiária do BPC, assim como sua família, deve estar inscrita no Cadastro Único, o que deve ser feito antes mesmo de o benefício ser solicitado. O requerimento do BPC é realizado nos canais de atendimento do INSS - pelo telefone 135 (ligação gratuita de telefone fixo ou celular) ou pelo site ou aplicativo de celular “Meu INSS”. Pode ser feito, também, nas Agências da Previdência Social (APS).

Benefícios Eventuais

Os Benefícios Eventuais são provisões da política de Assistência Social destinadas à proteção de indivíduos e famílias para o enfrentamento de uma vulnerabilidade social de caráter eventual, temporária. Eles estão previstos na LOAS e são regulamentados e ofertados pelos municípios e pelo Distrito Federal, conforme critérios locais de acesso. São prestados aos cidadãos, às cidadãs e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública.

Para solicitar o Benefício Eventual, o indivíduo deve procurar as unidades da Assistência Social no município ou no Distrito Federal. A oferta desses benefícios também pode ocorrer por meio de identificação de indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade nos atendimentos feitos pelas equipes da Assistência Social.

A seguir, serão apresentadas as **competências gerais** da política de **Assistência Social no apoio à Política Antimanicomial do Poder Judiciário**, mas ressalta-se que as atribuições específicas do SUAS serão mais bem definidas por meio de Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite – CIT e do Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS, Órgão Superior de deliberação colegiada da Política de Assistência Social.

Atribuições

As pessoas com transtorno mental em conflito com a lei são **sujeitos de direitos e possuem necessidades diversas**. Para além do atendimento e do acompanhamento pela rede de atenção psicossocial do SUS, é importante que essa população tenha acesso a outras políticas públicas como a Assistência Social. As pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei têm direito de serem incluídas nos serviços, programas e projetos do SUAS nos territórios, especialmente

aqueles prestados pelos CRAS, como o PAIF e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), ou pelos CREAS, como o PAEFI, bem como nos benefícios eventuais, no BPC e programas de transferência de renda, conforme critérios estabelecidos.

Dessa forma, cabe à política de Assistência Social atuar intersetorialmente, considerando suas competências, de forma integrada à política de Saúde e ao Sistema de Justiça, para inclusão social e para proteção mais efetiva a esse público. Para tanto, é importante a definição de um fluxo que priorize a articulação dos atendimentos, evite sobreposição de tarefas, promova a cooperação entre órgãos e estabeleça mecanismos de compartilhamento de informações, respeitando o papel e as atribuições de cada instância ou serviço e de seus/suas profissionais.

Foram realizadas pactuações na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e discussões no Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), com indicação das atribuições do SUAS em relação às pessoas em sofrimento e/ou com transtornos mentais, em processo de desinstitucionalização de HCTPs ou instituições congêneres e para aquelas que requerem cuidados prolongados e intensivos em saúde, que serão apresentadas a seguir:

O SUAS deve atuar, para com as pessoas em sofrimento e/ou com transtornos mentais, em processo de desinstitucionalização de HCTPs ou instituições congêneres e para aquelas que requerem cuidados prolongados e intensivos em saúde, de forma a:

- I. prover serviços, programas, projetos, e benefícios socioassistenciais e de transferência de renda, destinados a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social, de acordo com as previsões da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, das demais normativas do SUAS e das orientações técnicas pactuadas e deliberadas no âmbito das instâncias do SUAS;
- II. proceder a inclusão e a atualização dos dados no Cadastro Único para o acesso a Programas e Benefícios Sociais do Governo Federal;
- III. promover o direito à convivência familiar e comunitária a partir do desenvolvimento do trabalho social com ênfase na (re)construção dos projetos de vida e no fortalecimento de vínculos familiares e comunitários;
- IV. fortalecer a função protetiva das famílias de origem ou extensa e da rede social de apoio nos territórios de vivências, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições para provisão das seguranças socioassistenciais;
- V. realizar encaminhamentos às demais políticas públicas, de acordo com as necessidades do indivíduo e sua família;
- VI. fomentar o atendimento integrado e em rede com as demais políticas públicas, como forma de abordar a integralidade das demandas dos indivíduos e suas famílias, e respeitar as competências e as atribuições próprias de cada política pública; e

VII. participar dos Comitês Nacional, Estadual, Distrital e/ou Municipal Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial, no âmbito do Poder Judiciário, ou em Comissão ou Grupo de Trabalho congênere, contribuindo para o estabelecimento de protocolos de atuação, fluxos de referência e contrarreferência, mecanismos de informação e de registro e sistemática de monitoramento e avaliação, garantindo a prévia articulação com os órgãos envolvidos no atendimento aos indivíduos e suas famílias.

No âmbito das atribuições já estabelecidas pela legislação correlata, não compete à Política Pública de Assistência Social e do SUAS:

- I. suprir a ausência de serviços substitutivos aos HCTPs, serviços de atenção e assistência em saúde mental e de cuidados prolongados e intensivos em saúde, manejo de crises e a administração de medicamentos que requerem habilitação específica em enfermagem e/ou medicina, ressalvados os medicamentos básicos, de uso comum;
- II. utilizar recursos da Política Pública de Assistência Social para custear serviços ou vagas em organizações e/ou entidades que não ofereçam serviços socioassistenciais, a exemplo da rede complementar de saúde, organizações com fins lucrativos ou congêneres;
- III. inserir em unidades de acolhimento socioassistenciais, pessoas usuárias com sofrimento e/ou transtorno mental, em processo de desinstitucionalização de HCTPs ou instituições congêneres e aquelas que requerem cuidados prolongados e intensivos em saúde, em função da necessidade de assistência especializada em saúde de que derivaram as medidas judiciais; e
- IV. exercer a curatela ou a tomada de decisão apoiada de pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental, em processo de desinstitucionalização de HCTPs ou instituições congêneres e para aqueles que requerem cuidados prolongados e intensivos em saúde. Quando for avaliada a necessidade de que seja adotada a tomada de decisão apoiada ou a curatela, esta deve ser exercida pela família de origem ou extensa ou pela rede social de apoio, antes de ser proposta aos/às profissionais ou gestores/as de Saúde ou de Assistência Social, conforme diagnóstico e encaminhamento na rede de cuidados e de proteção social e, mesmo nessa hipótese, que não se dê de maneira impositiva, particularmente em função de possíveis conflitos de interesses.

Cabe esclarecer que, historicamente, a assistência social funcionava como uma política compensatória para pessoas em situação de pobreza que não eram alcançadas por outras políticas públicas mas, na atualidade, a Política de Assistência Social possui um escopo próprio de atuação e não deve assumir atribuições que fujam ao que está previsto, sob risco de desproteger e fragilizar as possibilidades de acesso a direitos e à inclusão, pois, ao oferecer uma proteção que não lhe compete, ela poderia ser inadequada e insuficiente.

Nesse sentido, o processo de construção de vínculos entre usuários e usuárias e as equipes de referência dos serviços requer confiança, sigilo e adoção de condutas que não exponham ou

fragilizem famílias e indivíduos diante das vulnerabilidades enfrentadas. Essas ações de atendimento ou acompanhamento socioassistencial têm caráter protetivo e recomenda-se que não se confundam com o monitoramento do cumprimento de medida judicial ou medida de segurança.

Desse modo, também não é recomendável a elaboração de relatórios, avaliações e pareceres que contenham caráter investigativo, ou relativos ao cumprimento de medidas judiciais, ou ainda laudos e pareceres relativos ao transtorno mental. Eventuais requisições às/aos trabalhadoras/es do SUAS para o desempenho das atividades que são inerentes a outros órgãos e políticas comprometem seriamente o trabalho social desenvolvido com famílias e indivíduos, trazendo prejuízos aos próprios usuários e usuárias.

A participação da pessoa usuária e de sua família nas ações do Trabalho Social não tem caráter de medida obrigatória, prevalecendo o entendimento para a concretização de ações protetivas e preventivas às famílias de pessoas em situação de vulnerabilidade e risco decorrente do processo de isolamento e/ou ruptura do vínculo familiar e comunitário.

Quando a rede socioassistencial for acionada pela política de Saúde ou pelo Sistema de Justiça, em razão de situações de vulnerabilidade e risco social, violência e outras violações de direitos, a sua resposta qualificada se dará pela inserção das pessoas com transtorno mental em serviços, programas e benefícios do SUAS, que visem à sua inclusão social e ao fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

Normativos importantes

- Lei Orgânica da Assistência Social – **Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993;**
- Lei do Programa Bolsa Família – **Lei n. 14.601, de 19 de junho de 2023;**
- Decreto que regulamenta o Cadastro Único – **Decreto n. 11.016, de 29 de março de 2022;**
- Portaria de regras e procedimentos adotados para requerimento, concessão, manutenção e revisão do BPC – **Portaria Conjunta MC/MTP/INSS N. 22, de 30 de dezembro de 2022;**
- Política Nacional de Assistência Social – **Resolução CNAS n. 145, de 15 de outubro de 2004;**
- Norma Operacional Básica de Recursos Humanos – NOB-RH/SUAS – **Resolução CNAS n. 269, de 13 de dezembro de 2006;**
- Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais – **Resolução CNAS n. 109, de 11 de novembro de 2009;**
- Norma Operacional Básica do SUAS – NOB/SUAS – **Resolução CNAS n. 33, de 12 de dezembro de 2012;**
- **Resolução CNAS n. 17, de 20 de junho de 2011** – ratifica a equipe de referência e reconhece as categorias profissionais de nível superior do SUAS;

- **Resolução CNAS n. 09, de 15 de abril de 2014** – reconhece as ocupações e as áreas de ocupações profissionais de ensino médio e fundamental do SUAS;
- Parâmetros para a atuação SUAS na relação interinstitucional com o Sistema de Justiça e outros Órgãos de Defesa e Garantia de Direitos – **Resolução CNAS n. 119, de 4 de agosto de 2023**; e
- **Resolução CIT n. 15, de 21 de agosto de 2024** – dispõe sobre a pactuação dos 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.

6.3 Justiça e Segurança Pública

6.3.1 Secretaria Nacional de Políticas Penais (Senappen)

Contextualização geral da política

A Senappen é o órgão executivo que acompanha e controla a aplicação da Lei de Execução Penal e das diretrizes da Política Penitenciária Nacional e colabora tecnicamente com os entes federativos quanto à implementação de políticas de educação, saúde, trabalho, assistência social, cultural, jurídica, e respeito à diversidade e questões de gênero, para promoção de direitos das pessoas privadas de liberdade e das pessoas egressas do sistema prisional.

Atribuições

Entre as atribuições da Senappen, destaca-se que, por meio da Coordenação Nacional de Saúde, é responsável por coordenar ações, planos, projetos e programas que visem à prestação de assistência integral à saúde das pessoas privadas de liberdade e em cumprimento de alternativas penais, apoiando os entes federados na implementação e no acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), além de promover e acompanhar ações de saúde mental das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional, pessoas egressas do sistema prisional e em cumprimento de alternativas penais.

Serviços, programas e benefícios

Entre os serviços, programas e benefícios propostos para efetivação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, entende-se que cabe à Senappen:

- (i) Realizar Webinário Nacional (ou encontro presencial) para tratar da temática com os atores institucionais envolvidos junto a secretarias do MJ como Secretaria de Acesso à Justiça (SAJU), SENAD e SENAPPEN;
- (ii) Apoiar a construção de normativos e guias orientativos e/ou formação continuada para servidores da segurança pública, incluindo servidores e servidoras penitenciários;
- (iii) Apoiar reciprocamente servidores penitenciários lotados nos estabelecimentos penais que custodiam pessoas em cumprimento de medida de segurança e tratamento ambulatorial;
- (iv) Apoiar o Ministério da Saúde na capacitação das Equipes de Atenção Primária Prisional e das Equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei;
- (v) Auxiliar na orientação aos Estados e Municípios acerca dos incentivos financeiros que podem ser recebidos para complementação dos recursos voltados ao sistema prisional;
- (vi) Apoiar a participação de representantes das secretarias de administração penitenciária ou congêneres nos CEIMPAs;
- (vii) Apoiar junto ao Ministério da Saúde as equipes de saúde prisional no tocante à construção de diretrizes de cuidado em saúde mental bem como na construção de PTS e manejo de casos; e
- (viii) Orientar as secretarias de administração penitenciária acerca do tratamento e conduta a serem adotadas com as pessoas com transtorno mental ou em crise de saúde mental custodiadas no sistema prisional, priorizando o tratamento humanizado e adequado.

Educação permanente

Caberá à SENAPPEN:

- (i) Apoiar, junto ao Ministério da Saúde, as equipes de saúde prisional na construção de diretrizes de cuidado em saúde mental bem como na construção de PTS e manejo de casos;
- (ii) Prestar apoio na construção de normativos e guias orientativos e/ou formação continuada para servidores e servidoras da segurança pública, incluindo servidores e servidoras penitenciários/as; e
- (iii) Incluir o tema da saúde mental nas formações iniciais para servidoras/es, inclusive dos serviços penais.

6.3.2 Secretaria Nacional de Política sobre Drogas e Gestão de Ativos (SENAD)

Contextualização geral da política

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos (SENAD) do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP) é um órgão de articulação intersetorial e interinstitucional da política de drogas no país. Nesse sentido, atua para ampliar diálogos, construir parcerias e ofertar apoio aos estados e municípios, tendo em vista a consolidação do Sistema Nacional de Política sobre Drogas (SISNAD).

Entre seus principais eixos de atuação, encontram-se a prevenção ao uso de drogas e à violência e a promoção da reinserção social na perspectiva da redução de iniquidades, do respeito à autonomia e à dignidade das pessoas, eixos que coadunam com o que está sendo estabelecido neste documento conjunto acerca das ações de desinstitucionalização das pessoas em medida de segurança ou não institucionalização de pessoas em sofrimento psíquico com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas que entraram em conflito com a lei.

Atribuições

Conforme Decreto n. 11.348, de 1.º de janeiro de 2023, que aprova a estrutura do MJSP:

Art. 1.º O Ministério da Justiça e Segurança Pública, órgão da administração pública federal direta, tem como áreas de competência os seguintes assuntos:

[...]

V - articulação, coordenação, supervisão, integração e proposição das ações do Governo e do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, quanto à:

a) prevenção e repressão a crimes, delitos e infrações relacionados às drogas lícitas e ilícitas;

b) prevenção, educação, informação e capacitação, com vistas à redução do uso problemático de drogas lícitas e ilícitas;

c) reinserção social de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas

XVIII - planejamento, coordenação e administração da política penal nacional;

XXII - planejamento, administração, promoção da integração e da cooperação entre os órgãos federais, estaduais, distritais e municipais, e articulação com os órgãos e as entidades de coordenação e supervisão das atividades de políticas penais;

No que concerne à Senad, nos termos do seu art. 20:

À Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos compete:

I - assessorar e assistir o Ministro de Estado quanto às:

a) políticas sobre drogas relacionadas com a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas, a redução da oferta e a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas;

II - supervisionar e articular as atividades de capacitação e treinamento no âmbito de suas competências;

V - firmar contratos, convênios, acordos, ajustes e instrumentos congêneres com entes federativos, entidades, instituições e organismos nacionais e propor acordos internacionais, no âmbito de suas competências.

Serviços, programas e benefícios

Considerando a natureza da instituição, a SENAD não dispõe de equipamentos no território vinculados a si institucionalmente para apresentar como parte do mapeamento de serviços. No entanto, em virtude de seus eixos de atuação, a SENAD tem desenhado dispositivos territoriais por meio de Termos de Execução Descentralizada, Convênios e fomento a Organizações da Sociedade Civil que devem se somar às ações previstas para dar cabo à Resolução CNJ n. 487/2023.

Projeto “Gente no centro da política de drogas”

Por meio de um Termo de Execução Descentralizada assinado com a Fundação Oswaldo Cruz, a SENAD está executando projeto que possui como escopo o fortalecimento das políticas públicas sobre drogas nos estados e no Distrito Federal, com ênfase em três Metas Estratégicas:

- I. Disseminação de estratégias de prevenção do uso de substâncias psicoativas com base em evidências;
- II. Articulação intra e intersetorial entre o SUS, o SUAS, o Sistema Único de Segurança Pública (SUSP) e integração do Sistema de Justiça Criminal e das políticas penais para ampliar o acesso a direitos sociais e a responsabilização adequada e proporcional, em consonância com as diretrizes e objetivos do SISNAD; e
- III. Qualificação da atuação de profissionais para abordar e atuar com populações vulneráveis, com foco nas pessoas que usam drogas.

Especificamente para o alcance da Meta 2, prevê-se:

- 1) A realização de um panorama situacional de políticas intersetoriais sobre drogas com análise em cada unidade da federação;
- 2) A elaboração de guia com recomendações e diretrizes para o fortalecimento das políticas sobre drogas em cada área setorial;
- 3) Guia Estratégico de Fluxo Intersetorial entre Justiça Criminal, Serviços Penais e Políticas sobre Drogas, no SUS e SUAS, conforme marco normativo e técnico nacional e internacional; e
- 4) Ciclos de Formação profissional.

Aproveitando a amplitude das ações e a abrangência territorial, já que esta meta conta com assessores técnicos territoriais alocados nas 27 unidades federativas do país, algumas ações do projeto foram redesenhadas para qualificar as informações e implementar ações que se somem ao esforço de garantir a plena efetivação dos direitos das pessoas com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. São elas:

- Os instrumentos de coleta de dados junto aos serviços dos sistemas sociais mencionados deverão incluir informações acerca da população com transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas que entrou em conflito com a lei, bem como daquelas que são egressas dos HCTPs, qualificando o panorama situacional;
- Tais informações terão impacto nas recomendações e nas diretrizes, por consequência, visando ao fortalecimento da política sobre drogas e das demais políticas que intersetorialmente devem atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- A partir do guia estratégico de fluxo intersetorial, visa-se elaborar uma Diretriz de Cuidado específica para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas que entram em conflito com a lei ou não, mas que ainda assim são ou seriam encaminhadas aos HCTPs ou instituições congêneres. Esta diretriz também deve incluir pessoas com as mesmas necessidades egressas destes estabelecimentos;
- Por fim, os ciclos de formação profissional abordarão, especialmente junto a profissionais dos serviços penais, mas também para profissionais do SUS, SUAS e SUSP, todo o conteúdo que tiver sido produzido pelo próprio projeto em fases anteriores, referendadas nos normativos que orientam este protocolo conjunto.

Ainda no âmbito do TED, na Meta 3, prevê-se a qualificação de agentes da segurança pública, para os quais a SENAD também deve direcionar conteúdo que os instrua acerca do processo de desinstitucionalização em curso devido ao fechamento dos HCTPs e do redirecionamento das ações voltadas às pessoas com questões de saúde mental, álcool e outras drogas que entram em conflito com a lei.

Considerando o redesenho das ações da Meta 2 e 3, o **público-alvo** do Projeto Gente no centro da política de drogas são gestores, gestoras e trabalhadores e trabalhadoras do SUS, SUAS, SUSP e dos Serviços Penais que deverão receber formação profissional, recomendações e diretrizes, bem como uma diretriz de cuidado específica para pessoas egressas dos HCTPs, com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Centros de Acesso a Direitos e Inserção Social (CAIS)

Em parceria com o MDHC, a SENAD financiará entidades para a implementação de espaços de convivência, os CAIS, dirigidos, prioritariamente, a pessoas em situação de rua e extrema vulnerabilidade com demandas relacionadas ao uso de drogas, tendo o objetivo de propiciar acesso a direitos, inclusão social, integração à rede de serviços públicos e garantia da cidadania.

As ações serão de promoção e defesa de direitos humanos do segmento populacional em tela - para, em articulação com a rede de serviços, promover e facilitar o acesso a direitos civis (como documentação, proteção à vida e direitos de liberdade), políticos (como o associativismo e organização comunitária), sociais (saúde, educação, assistência social, segurança alimentar, habitação), econômicos (inserção no mundo do trabalho e geração de renda) e culturais (acesso a equipamentos culturais, à aplicação profissional em cultura e à profissionalização cultural). Os espaços deverão se alinhar aos seguintes eixos de ação:

Eixo 1 - Promoção de direitos:

- Espaços acolhedores de vivência e acesso a arte e cultura;
- Referência e acompanhamento à rede pública de saúde, assistência social, retirada de documentação, incluindo registro civil tardio;
- Atendimento a demandas emergenciais, como alimentação, banho, guarda de documentos, lavanderia etc.;
- Ações de redução de danos e riscos sociais e à saúde;
- Promoção da igualdade de gênero, incluindo o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos;
- Produção de tecnologias de comunicação comunitária e virtual e inserção digital do público-alvo;
- Inserção produtiva e geração de renda e frentes de trabalho, incluindo os circuitos de economia solidária, com destaque para o cooperativismo social; e
- Educação popular em saúde da população negra, LGBTQIAPN+, indígena, migrante, refugiada e apátrida.

Eixo 2 – Defesa de direitos:

- Mediação de conflitos;
- Educação em direitos e acompanhamento de pessoas em cumprimento de medidas restritivas de direitos;
- Fluxo de encaminhamento para Defensorias Públicas; e
- Assessoria jurídico-popular.

Eixo 3 - Articulação e Supervisão em Rede

- Supervisão técnica em redes de serviços e estratégias prioritariamente do SUS e do SUAS, para aperfeiçoamento do fluxo de atendimento;
- Ações de articulação em rede e prevenção à violência urbana, com foco na proteção de pessoas atendidas; e
- Produção de informação e ações de comunicação voltadas à orientação do diálogo público sobre política de drogas e direitos humanos.

Serão financiados CAIS em nove municípios brasileiros, distribuídos equitativamente pelas cinco regiões do país, que serão executados por Organizações da Sociedade Civil, alinhadas aos eixos acima apresentados.

Ainda que o **público prioritário** seja a população em situação de rua, os CAIS serão serviços de convivência de referência territorial e, portanto, deverão ter também como público-alvo pessoas egressas dos HCTPs, já que muitas destas perdem seus vínculos e referências familiares/comunitárias e precisam reconstruir seus territórios existenciais e senso de pertencimento a partir de dispositivos de referência como se propõe ser o CAIS. Ademais, cabe salientar que o CAIS deve ser compreendido como projeto permanente, implementado a partir de editais publicados em 2024, mas com sustentabilidade institucional a ser construída para que perdure nos territórios, tornando-se serviço consolidado.

Programa Corra pro Abraço (Governo do Estado da Bahia)

O Programa Corra pro Abraço é uma iniciativa do Governo do Estado da Bahia, por meio da Superintendência de Política sobre Drogas e Acolhimento a Grupos Vulneráveis (Suprad), da Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social (SEADES), que tem como objetivo promover cidadania e garantir direitos de **pessoas que vivem em contexto de vulnerabilidade, em situação de rua, egressas do sistema prisional e jovens que residem e transitam em territórios violentados por conta de problemas relacionados à criminalização das drogas.**

A atuação em Redução de Riscos e Danos no Corra pro Abraço constitui-se como uma das suas diretrizes principais, o qual atua ofertando um conjunto integrado de ações voltadas a reduzir consequências adversas do uso problemático de drogas (lícitas ou ilícitas) tendo como princípio o respeito à liberdade de escolha dos sujeitos em fazer uso destas substâncias. Ela se ancora na centralidade do cuidado voltada às pessoas, como titulares de direitos (e não às substâncias psicoativas), sobretudo na ideia de que existem aquelas que não querem ou não conseguem parar de usar drogas.

Até o ano de 2023, o Programa se desenvolvia em Salvador, Feira de Santana e Vitória da Conquista e, no ano de 2024, por meio do Convênio celebrado com a União, por intermédio da SENAD, será ampliado para os municípios de Lauro de Freitas, Juazeiro, Porto Seguro e Barreiras.

A SENAD, em parceria com o Governo do Estado da Bahia, ofertará o Programa Corra pro Abraço para compor nas ações de desinstitucionalização de pessoas egressas dos ECTPs/HCTPs, acompanhando-os na efetivação dos seus Projetos Terapêuticos Singulares e somando esforços para a garantia do acesso a direitos.

Programa Atitude (Governo do Estado de Pernambuco)

Sob a gerência e responsabilidade do Governo do Estado de Pernambuco, por meio da Secretaria Executiva de Políticas sobre Drogas (SEPOD), o Programa ATITUDE tem como foco estruturar

ações e serviços que tenham como fundamento a garantia de direitos a **crianças, adolescentes, jovens, pessoas adultas e idosas em situação de vulnerabilidade e risco pessoal ou social, com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas.**

O Programa ATITUDE orienta-se pelos princípios da Redução dos Riscos e Danos individuais, sociais e comunitários e tem como principal objetivo acolher e garantir proteção integral à pessoa usuária de drogas, fortalecendo vínculos familiares, oferecendo cuidados de higiene, alimentação, descanso e atendimento psicossocial, com encaminhamentos para o SUAS, SUS e demais políticas setoriais. Há 12 anos, o Programa atua em quatro municípios do estado: Caruaru, Cabo de Santo Agostinho, Jaboatão e Recife.

Desde 2014, o Programa ATITUDE realiza mais de 112.000 atendimentos por ano, chegando ao número de 158.150 atendimentos em 2018. Em 2022, foram 6.352 o número de pessoas acolhidas pelo ATITUDE.

No fim do ano de 2023, a SENAD firmou convênio com o Governo do Estado de Pernambuco, visando fortalecer às ações do Programa a partir de 2024.

O Programa é executado a partir de quatro modalidades de serviços: Atitude Nas Ruas (ANR), Centro de Acolhimento e Apoio, Centro de Acolhimento Intensivo e Atitude Moradia. Neste ano, o Programa está assumindo como carro chefe das suas ações o Atitude Moradia, tomando os princípios do *Housing First* como norteador fundamental das suas ações nos territórios.

Nesse sentido, a SENAD, em parceria com o Governo do Estado de Pernambuco, ofertará os serviços do Programa Atitude para compor com as ações de desinstitucionalização de pessoas egressas dos HCTPs, acompanhando-os na efetivação dos seus PTSs, no acesso a direitos e na oferta de acolhimento aos que não conseguirem acessar outras possibilidades de moradia.

Educação permanente

No âmbito do Termo de Execução Descentralizada em curso entre SENAD e FIOCRUZ, no projeto Gente no centro da política de drogas, estão previstos ciclos de formação junto a profissionais dos serviços penais, do SUS, SUAS e SUSP a partir de todo o conteúdo produzido pelo próprio projeto em fases anteriores, referendadas nos normativos que orientam este protocolo conjunto.

Em paralelo e de modo mais específico, na Meta 3 do mesmo projeto, prevê-se, ainda, a qualificação das guardas municipais, em âmbito nacional, para os quais a SENAD também deve direcionar conteúdo que os instrua acerca do processo de desinstitucionalização em curso devido ao fechamento dos HCTPs e do redirecionamento das ações voltadas às pessoas com questões de saúde mental, álcool e outras drogas que entram em conflito com a lei.

Na estruturação dos CAIS, em seu eixo 1, Promoção de Direitos, uma de suas atribuições são processos de educação popular em saúde da população negra, LGBTQIAPN+, indígena, migrante,

refugiada e apátrida. No eixo 3, por outro lado, Articulação e Supervisão em rede, está prevista a produção de informação e ações de comunicação voltadas à orientação do diálogo público sobre política de drogas e direitos humanos, o que também pode ser entendido como processo de formação continuada.

6.4 Política de Cultura

Contextualização geral da política

O Marco Regulatório do Sistema Nacional de Cultura (SNC), instituído pela Lei n. 14.835/2024 e previsto na Constituição Federal, busca a garantia dos direitos culturais, organizado em regime de colaboração entre os entes federativos para gestão conjunta das políticas públicas de cultura. Entre os vários princípios, tem-se a universalização do acesso aos bens e serviços culturais e a integração e interação na execução das políticas, programas, projetos e ações desenvolvidas, o que vem ao encontro da Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural (UNESCO, 2001) que define cultura como “o conjunto dos traços distintivos espirituais e materiais, intelectuais e afetivos que caracterizam uma sociedade ou um grupo social e que abrange, além das artes, os modos de vida, as formas de viver em comunidade, os sistemas de valores, as tradições e as crenças”. O MinC é responsável pelo planejamento e pela execução das políticas nacionais de cultura e de artes e o faz por meio das ações de suas secretarias e instituições vinculadas.

Atribuições

A Secretaria de Cidadania e Diversidade Cultural (SCDC) é ponto focal do MinC nessa parceria, sendo uma de suas competências a gestão da Política Nacional Cultura Viva (PNCV) - Lei n. 13.018/2014, que promove a diversidade cultural, tendo como **beneficiários prioritários povos, grupos, comunidades e populações em situação de vulnerabilidade social**. Uma forma de consolidar a diversidade cultural como eixo da política pública de cultura é fortalecer a rede de **Pontos e Pontões de Cultura**, que, atualmente, é composta de **5.001 pontos**. Também possibilita aos Pontos e Pontões o acesso às políticas de fomento. Ainda, a PNCV como política de base comunitária apoia as redes estaduais, municipais e a rede distrital de pontos de cultura, que integram a Rede Nacional de Pontos de Cultura em diálogo permanente com a Comissão Nacional dos Pontos de Cultura.

Serviços, programas e benefícios

Para o PPA 2024-2027, a PNCV tem vinculação orçamentária direta na Política Nacional Aldir Blanc, que prevê investimento de 3 bilhões de reais anuais na cultura, condicionando a aprovação dos Planos de Trabalho dos estados, municípios e Distrito Federal à vinculação de porcentagem obrigatória para a PNCV.

A SCDC também define instrumentos e ações estruturantes, que visam ao desenvolvimento de políticas públicas integradas e à promoção da interculturalidade, em que se destaca o **binômio cultura e saúde**, os pontos de cultura e agentes culturais, definidos como:

- Cultura e Saúde – práticas culturais definem o comportamento das pessoas e comunidades e, por consequência, a compreensão da saúde demanda a análise do contexto cultural local. Na “Declaração do Rio, em 2011”, a OMS estabeleceu a cultura como um dos determinantes sociais de saúde, definidos como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população;
- Rede de Pontos e Pontões de Cultura – Pontos - grupos, coletivos e entidades de natureza ou finalidade cultural que desenvolvem e articulam atividades culturais em suas comunidades, reconhecidos, certificados e/ou fomentados pelo Ministério da Cultura. Pontões - entidades de natureza ou finalidade cultural ou educativa que desenvolvem, acompanham e articulam atividades culturais em parceria com redes regionais, temáticas e identitárias de Pontos de Cultura, visando capacitação, mapeamento e ações conjuntas; e
- Agente cultura viva – colaborador da difusão da cultura, incentivador de atividades, articulador e promotor cultural, para desenvolver a cultura nos territórios.

As ações propostas estão contempladas no Plano Nacional de Cultura Viva e visam ao acesso universal de forma equânime, contemplando os direitos às pessoas com transtornos mentais e qualquer forma de deficiência psicossocial:

- Fomentar o mapeamento de Pontos e Pontões de cultura que atuam com a temática saúde mental, que são entidades reconhecidas e apoiadas financeira e institucionalmente e que, tradicionalmente, desenvolverem ações socioculturais nos territórios, e propor a integração com os Centros de Convivência e Cultura, bem como fomentar a criação de novos pontos e pontões com essa temática, para melhor distribuição nos territórios;
- Fomentar editais culturais para pontos e pontões de cultura e a oferta de oficinas criativas nos Centros de Convivência e/ou CAPS;
- Fomentar a criação de uma Rede de Pontões de Cultura com a temática saúde mental, visando ao fortalecimento da gestão e ao monitoramento dos resultados, incluindo o gerreferenciamento; e
- Promover, juntamente com os responsáveis pelos Pontões de Cultura, capacitação dos profissionais envolvidos nas atividades culturais com a temática saúde mental.

As ações culturais se destinam ao público em geral, já que cultura é considerada fonte de bem estar, mas para além dos pontos e pontões temáticos em saúde mental, o “Edital de Premiação Sergio Mamberti”, um dos instrumentos de reconhecimento e incentivo a agentes culturais, no contexto da PNCV, oferece quatro prêmios, sendo um dos “Prêmio Diversidade Cultural – Categoria Saúde

Mental”, que objetiva reconhecer e valorizar as produções culturais que incluam vários grupos que compõem a pluralidade da sociedade brasileira, incluído o das pessoas em sofrimento psíquico.

Para além das ações diretas para o público da saúde mental, a reativação dos Pontos de Cultura e o reconhecimento das iniciativas por meio do Edital Sérgio Mamberti proporcionam ao público do segmento Cultura e Saúde Mental o acesso às políticas públicas de cultura e às programações e atividades culturais proporcionadas pela rede de pontos de cultura.

As ações mencionadas, em consonância com as respectivas políticas, contemplam o público em questão e deverão compor um plano de ação a partir do Protocolo de Intenções MS/MinC n. 1, de 20 de abril de 2024. Um dos projetos é a capacitação dos agentes culturais que atuam nos pontos de cultura, nos moldes das capacitações feitas a agentes de saúde.

Normativos importantes

- **Constituição Federal de 1988;**
- **Lei n. 14.835 de 2024** – Institui o Sistema Nacional e Cultura;
- **Lei n. 13.018 de 2014** – Institui a Política Nacional de Cultura Viva; e
- **Lei 14.399/2022** – Institui a Política Nacional Aldir Blanc de Fomento à cultura.

6.5 Política de Direitos Humanos e Cidadania

Contextualização geral da política

As políticas de direitos humanos, à luz da terceira versão do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3), são orientadas por legislação transversal a ciclos e condições de vida e situação de acesso a direitos. Organizadas por meio de eixos como Promoção de Direitos e Defesa de Direitos, trata-se de políticas que implementam ações de imediata garantia de satisfação do direito (promoção), mas também de enfrentamento aos determinantes violadores dos direitos (defesa). Conta, assim, também com dimensão de monitoramento e avaliação, a se guiar a partir de indicadores de realização de direitos humanos, desafio epistemológico, mas também prático, haja vista as diversas realidades sociais que constituem o Brasil.

Atribuições

Conforme o Decreto n. 11.341, de 1.º de janeiro de 2024, o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania tem, como área de competência, as políticas e diretrizes destinadas à promoção dos direitos humanos, incluídos os direitos da pessoa idosa; da criança e do adolescente; da pessoa

com deficiência; das pessoas LGBTQIAPN+; da população em situação de rua; e de grupos sociais vulnerabilizados. Conta também com as demais atribuições: articulação de políticas e apoio a iniciativas destinadas à defesa dos direitos humanos, com respeito aos fundamentos constitucionais; exercício da função de ouvidoria nacional em assuntos relativos aos direitos humanos; políticas de educação em direitos humanos, para promoção do reconhecimento e da valorização da dignidade da pessoa humana em sua integralidade; e combate a todas as formas de violência, de preconceito, de discriminação e de intolerância.

Serviços, programas e benefícios

Avaliação biopsicossocial

Criado pelo Decreto n. 11.487, de 10 de abril de 2023, o Grupo de Trabalho sobre a Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência teve a finalidade de elaborar a proposta da **Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência**, propor os processos para sua implantação e implementação, e finalizar a elaboração do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM). O grupo, coordenado pelo MDHC, contou com 7 outras pastas ministeriais, representa **marco na promoção dos direitos das pessoas com deficiência no Brasil**.

Logo, ter-se-á aplicável o instrumento e uma metodologia de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, conforme determina a **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei n. 13.146/2015)**, instrumento a validar o reconhecimento da deficiência não mais com a centralidade no diagnóstico constante do Código Internacional de Doenças (CID), mas como uma interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Assim, a aferição da deficiência, para se fazer jus ao próprio conceito, deve partir da concepção que considere a relação entre o corpo e o ambiente, com consequências psicológicas que incidam no âmbito íntimo e social da pessoa.

Tal instrumento terá o potencial de substituir as antigas avaliações periciais, inclusive as psiquiátricas, que orientam os processos judiciais e as determinações de medidas de segurança. Será aplicado com perspectivas diagnósticas e prognósticas interacionais. É dizer: o IFBrM tem completa sintonia com as diretrizes de cuidado e a garantia de direitos que se propõe neste documento.

O mandato institucional de coordenação interna ao MDHC é da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência e, como resultado do trabalho, o **Relatório Final do Grupo de Trabalho sobre a Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência**⁵¹ apresentou o seguinte:

51 Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Relatório Final do Grupo de Trabalho sobre a Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência Trabalho e Emprego. Disponível em <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2024/julho/governo-federal-anuncia-novas-iniciativas-para-garantir-mais-dignidade-e-inclusao-a-pessoas-com-deficiencia/RelatoriofinaldoGTVersao12deJulho-2024CasaCivil.pdf>. Acesso em 09 de setembro de 2024.

O principal objetivo deste relatório é propor uma metodologia de avaliação da deficiência que vá além do modelo médico tradicional, reconhecendo a deficiência como uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais. A intenção é alinhar esta avaliação com os princípios da **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei Brasileira de Inclusão**.

Principais Pontos e Conclusões

1. Instrumento de Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência (Capítulo 2): A transição do modelo médico para o modelo biopsicossocial é discutida, destacando a importância de adotar o **Instrumento de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM)** como ferramenta principal. Este modelo reconhece a deficiência como uma interação entre impedimentos de longo prazo e barreiras sociais e ambientais, promovendo uma avaliação mais inclusiva e justa.

2. Estrutura de Governança e Responsabilidades (Capítulo 3): O relatório define a estrutura administrativa e de gestão necessária para a implementação do **Sistema Nacional de Avaliação da Deficiência (SISNADEF)**. Isso inclui a criação do **Comitê Gestor Nacional**, responsável por coordenar, normatizar, gerenciar e avaliar o processo de implantação da avaliação biopsicossocial unificada em todo o país.

3. Formação e Habilitação de Equipes Avaliadoras (Capítulo 4): Propõe diretrizes curriculares e programas de formação para garantir que os profissionais das áreas de saúde e assistência social estejam adequadamente preparados para aplicar o IFBrM. A formação contínua, habilitação e a qualificação dessas equipes são essenciais para assegurar a correta aplicação dos critérios de pontuação da matriz.

4. Sistema de TI (Capítulo 5): Descreve os requisitos tecnológicos e a arquitetura do sistema de TI necessário para suportar o processo de avaliação biopsicossocial. A plataforma eletrônica do SISNADEF deve garantir acessibilidade, segurança, interoperabilidade e eficiência na coleta, transmissão e sistematização dos dados de avaliação.

5. Indicadores para Monitoramento da Política (Capítulo 6): Estabelece um conjunto robusto de indicadores para monitorar a eficácia e a eficiência do sistema, permitindo ajustes e melhorias contínuas. Esses indicadores cobrem aspectos como satisfação dos usuários, desempenho dos instrumentos de avaliação, e eficiência do processo de avaliação.

6. Plano de Comunicação (Capítulo 7): Detalha um plano de comunicação para assegurar a compreensão e o engajamento de todas as partes interessadas. A comunicação transparente e acessível é fundamental para promover a adesão ao SISNADEF e garantir que seus benefícios sejam amplamente conhecidos.

7. Propostas de Regulamentação (Capítulo 8): Apresenta os elementos que devem ser regulamentados para instituir a avaliação biopsicossocial, definindo as responsabilidades dos diversos órgãos e os procedimentos para a aplicação do IFBrM. A normatização deve garantir a uniformidade e a padronização das avaliações em todo o território nacional.

8. Revisão dos Atos Normativos Atuais (Capítulo 9): Analisa a necessidade de revisões e alterações nas normas vigentes que impactam a implementação da avaliação biopsicossocial. A revisão dos atos normativos é essencial para alinhar a legislação atual com o novo modelo de avaliação proposto.

9. Projetos de Leis em Tramitação no Congresso Nacional (Capítulo 10): Estuda projetos de leis em tramitação que possam impactar negativamente a implementação da avaliação biopsicossocial. O relatório recomenda ações para adequar esses projetos às diretrizes da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e da Lei Brasileira de Inclusão.

10. **Cenários de Implantação: Gradual vs. Simultânea (Capítulo 11):** Avalia os prós e contras dos cenários de implantação gradual versus simultânea do IFBrM. A implantação gradual é recomendada por permitir ajustes e melhorias baseadas em feedback real, garantindo uma transição mais segura e controlada.

O documento ainda reforça a relevância da regulamentação do instrumento de avaliação biopsicossocial unificado da deficiência voltada à garantia dos direitos das pessoas com deficiência, possibilitando **avaliação mais justa e inclusiva**. Ademais, informa o relatório que, os próximos passos serão a regulamentação e a normatização, a capacitação das equipes avaliadoras e a implantação gradual do SISNADEF.

Quality Rights (Direito é Qualidade)

Publicado pela Organização Mundial da Saúde das Nações Unidas (OMS/ONU) em 2012, o *kit* de ferramentas *Quality Rights* – em 2015, internalizado oficialmente no Brasil sob o título Direito é Qualidade – parte de uma “extensa revisão internacional por pessoas com transtornos mentais e suas organizações” (p. 3) e apresenta um conjunto de direitos a serem observados e garantidos pelos serviços. Testado em “países de baixa, média e alta renda e destina-se a ser aplicado em todos esses cenários” (*idem*). O *kit* orienta-se pelos direitos previstos na **CDPD**, organizados em cinco temas (campos de direitos), seus padrões (operacionalidade gerencial dos mecanismos de garantia) e critérios (operacionalidade técnica dos mecanismos de garantia). Tendo em vista o consagrado alcance do documento avaliativo – voltado apenas aos serviços de saúde mental e de assistência social –, entende-se ser positivo aplicar em toda a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, com os seguintes fins:

- No âmbito do fechamento da porta de entrada dos HCTPs: produzir parâmetros para a qualificação dos serviços de garantia de direitos humanos a partir da saúde e assistência social e estender essa envergadura sobre outros direitos sociais e de liberdade, garantindo-se, com qualidade, possibilidades de cuidado pelo evitamento do encaminhamento a instituições asilares; e
- No âmbito do fechamento da instituição: produzir parâmetros de desinstitucionalização por meio da desinternação dos HCTPs e da qualificação das redes de atenção e outros mecanismos de garantia de direitos humanos, em convergência com o que propõem as Diretrizes de Cuidado e Garantia de Direitos.

Espera-se, com isso, que o **giro antimanicomial não tenha como principal foco o fechamento das instituições asilares, mas que essa seja a consequência da qualificação das políticas rumo à garantia de direitos por meio da superação da restrição de direitos**. Em outras palavras, se a crise esteve associada ao cometimento do crime e, se não é prendendo que se cuida, a prioridade é cuidar, inclusive para que mais nenhum crime seja cometido pela mesma pessoa. Com isso, as instituições asilares perdem seu sentido de existência.

Metodologia Moradia Primeiro (*Housing First*)

A metodologia Moradia Primeiro é a versão brasileira da *Housing First* (HF), atualmente utilizada em vários países do mundo como estratégia de superação efetiva da situação de rua. O modelo HF tem como objetivo o **atendimento de pessoas que requerem alto nível de apoio para sair da situação de rua**. Apoiado por equipe flexível e multidisciplinar, o projeto busca propiciar que, por meio da oferta de moradia imediata – no formato de arranjo familiar ou unipessoal –, a pessoa atendida recupere gradativamente sua autonomia e supere definitivamente a situação de rua. A proposta é justamente um giro do modelo tradicional etapista de se localizar a moradia como direito a ser exercido depois de uma série de outros direitos, para o modelo de superação efetiva da situação de rua sendo a moradia, mais que uma unidade habitacional descolada da agenda de direitos, um dispositivo estratégico de acesso a direitos.

O Moradia Primeiro junta-se ao conjunto de ações desenvolvidas pelo Estado brasileiro no atendimento à população em situação de rua, com a diferença de que marca uma guinada, uma mudança de orientação das políticas atuais de atendimento a esta população ao considerar o **acesso imediato de pessoas em situação crônica de rua à moradia como direito humano e condição primeira para a produção de segurança, estabilidade e privacidade**.

Importante observar que a mudança de paradigma proposta pelo MDHC por meio da proposta de implementação da metodologia Moradia Primeiro em relação à aplicação das metodologias vigentes no Brasil para a população em situação de rua se dá pelo fato de ser uma ação de Direitos Humanos. Não se trata de política exclusiva da assistência social, nem da educação, da saúde, do trabalho etc., mas se caracteriza pela efetividade da transversalidade e da disponibilidade das várias redes de serviços e das políticas públicas disponíveis no território, que devem estar à disposição para dar apoio ao Moradia Primeiro (*Housing First*). O foco está nas demandas e na melhoria da qualidade de vida da pessoa atendida, no seu empoderamento (*empowerment*) e não nos serviços. De outro modo, é metodologia que também converge com a proposta das Diretrizes de Cuidado e Garantia de Direitos, e com a essência da Resolução CNJ n. 487/2023.

A metodologia sustenta-se nos seguintes princípios:

- Acesso imediato à moradia;
- Escolha do beneficiário e autodeterminação;
- Serviço orientado para a superação da situação de rua;
- Suporte individualizado e orientado pela pessoa usuária; e
- Integração social e comunitária.

São alguns elementos da metodologia que vale destacar:

- Território diverso: escolha da localidade de moradia conforme o desejo da pessoa;

- Baixa exigência institucional à pessoa usuária: exigências como pontualidade na presença a serviços, higiene, abstinência são descabidas nos primeiros contatos do sujeito com as instituições e agentes públicos cuja atuação é voltada à superação da situação de rua;
- Custo-eficiência de superação da situação de rua é melhor do que o custo-eficiência de manutenção da situação de rua: demonstrações orçamentário-financeiras informam que o custo do Moradia Primeiro chega a ser metade do custo dos serviços institucionais que mantêm o sujeito nas ruas;
- Imediata segurança e preservação dos direitos da pessoa: estar sob um teto garante paz, segurança, privacidade e descanso, pilares de uma vida saudável que as instituições totais não conseguem garantir;
- Diminuição drástica dos fatores de risco e danos à saúde: a moradia possibilita construção de espaço seguro e o distanciamento dos circuitos de risco e violência presentes nas ruas; e
- Mais rápido retorno ao setor produtivo a partir da qualificação da atuação no mundo do trabalho: o retorno organizado e escolhido ao mundo do trabalho, inclusive, faz o sujeito retornar ao segmento economicamente ativo com estabilidade, o que não apenas reduz o custo antes direcionado à sua permanência na rua, como ainda gera riqueza à sociedade.

Assim, ainda que o perfil previsto para o programa Moradia Primeiro seja apenas de pessoas em situação de rua, sua metodologia contém elementos de importante replicabilidade no contexto da desinstitucionalização. Esse apoio institucional, por parte do Ministério dos Direitos Humanos, pode ser realizado junto às equipes pertinentes.

6.6 Política de Trabalho e Emprego

Contextualização geral da política

No âmbito do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), as atividades de qualificação contemplam a ampliação das habilidades sociais e profissionais por meio da cidadania participativa e promoção dos direitos do trabalhador e da trabalhadora.

A qualificação social e profissional (QSP) refere-se ao conjunto de habilidades, conhecimentos, experiências e competências que uma pessoa possui em termos de sua formação educacional, experiência de trabalho e habilidades interpessoais.

Essa qualificação é fundamental para a inserção no mundo do trabalho, bem como para o desenvolvimento pessoal e social.

Os planos de qualificação, em suas dimensões nacional, regional e local, devem articular as ações dos diferentes atores, otimizar os recursos disponíveis, integrar tais ações com o sistema público de emprego, garantir a qualidade dos cursos e as cargas horárias estabelecidas, colaborar

com a superação da miséria oferecendo vagas para grupos sociais vulneráveis, e implementar o monitoramento, controle e avaliação dos cursos.

Ressalta-se que todas as ações que serão detalhadas adiante constituem um dos eixos do Programa Manuel Querino de Qualificação Social e Profissional (PMQ), instituído por meio da Portaria MTE n. 3.222, de 21 de agosto de 2023,⁵² e da Resolução CODEFAT n. 995, de 15 de fevereiro de 2024.

- Para a execução de QSP por Entes da federação (estados, Distrito Federal e municípios), o instrumento a ser celebrado é o Plano de Ações e Serviços (PAS), via Fundo a Fundo;
- Para a execução de QSP por Organização da Sociedade Civil, o instrumento a ser celebrado é o Termo de Colaboração, pelo Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil - MROSC (Lei n. 13.019, de 31 de julho de 2014);
- Para a execução de QSP por Órgãos da Administração Pública Federal (Universidades e demais entidades da administração pública federal integrantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União), o instrumento a ser celebrado é o Termo de Execução Descentralizada (TED), conforme Decreto n. 10.426, de 16 de julho de 2020; e
- Para qualificação gratuita dos trabalhadores e das trabalhadoras em tecnologia da informação, comunicação, letramento digital e diversos outros cursos por meio do Programa Caminho Digital/Escola do Trabalhador 4.0 de livre acesso e de Termo de Adesão Simplificado, mediante apresentação de interesse enviado para deq@mte.gov.br.

Serão apresentados, a seguir, resumos orientativos, como serviços, programas e benefícios, a partir das situações acima elencadas.

Serviços, programas e benefícios

Programa Manuel Querino

Com vistas à consolidação das ações de qualificação social e profissional, foi criado o Programa Manuel Querino de Qualificação Social e Profissional (PMQ).

O PMQ foi criado por meio da Portaria MTE n. 3.222, de 21 de agosto de 2023, e da Resolução CODEFAT n. 995, de 15 de fevereiro de 2024, e é voltado ao desenvolvimento de ações de **qualificação social e profissional para jovens, mas não exclusivamente, abrangendo também os demais trabalhadores e trabalhadoras na perspectiva da inclusão social.**

⁵² Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n. 3.222, de 21 de agosto de 2023, que “Institui o Programa Manuel Querino de Qualificação Social e Profissional - PMQ voltado ao desenvolvimento de ações de qualificação social e profissional a jovens e trabalhadores, de forma a contribuir com a formação geral, acesso e permanência no mundo do trabalho”. Disponível em <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-mte-n-3.222-de-21-de-agosto-de-2023-504829715>. Acesso em 17 de abril de 2024.

O PMQ tem como eixo a formação geral do trabalhador e da trabalhadora, de forma a contribuir com o acesso e a permanência no mundo do trabalho, por meio de algumas estratégias, a exemplo, cita-se:

- Capilarização da oferta de qualificação social e profissional na rede de atendimento ao trabalhador do Sistema Nacional de Emprego (Sine), pelo Fundo a Fundo;
- Articulação da política de qualificação social e profissional com instituições públicas federais, pelo Termo de Execução Descentralizada (TED);
- Fomento às iniciativas da sociedade civil voltadas à solução de problemas e ao desenvolvimento de tecnologias sociais, pelo Termo de Colaboração - MROSC; e
- Oferta de ações formativas em habilidades digitais transversais ao trabalho, via Programa Caminho Digital/Escola do Trabalhador 4.0.

Fundo a fundo: orientações gerais

As ações de qualificação social e profissional em parceria com estados, Distrito Federal e municípios são desenvolvidas no âmbito do SINE, e ocorrem por meio de repasse de recursos do FAT aos referidos entes públicos para o desenvolvimento das ações e serviços do SINE, conforme Lei n. 13.667, de 2018, bem como por regulamentações do CODEFAT, na forma de resoluções.

A Lei n. 13.667/2018 determina que o SINE será gerido e financiado, e suas ações e serviços serão executados, conjuntamente pelo Ministério do Trabalho e Emprego e por órgãos específicos integrados à estrutura administrativa das esferas de governo que dele participem.

Cabe mencionar que a Resolução CODEFAT n. 890, de 2 de dezembro de 2020, e alterações, estabelecem critérios e diretrizes para instituição, credenciamento e funcionamento dos Conselhos do Trabalho, Emprego e Renda (CTER). Ainda, a Secretaria de Proteção ao Trabalhador é área responsável do Ministério do Trabalho e Emprego pelos procedimentos administrativos para o credenciamento de CTER.

O *site* gov.br disponibilizou diversos manuais com tutorial de acesso ao sistema, demonstrando o passo a passo para as operações, desde simples consulta até o cadastro do fundo. Disponível em: <https://www.gov.br/plataformamaisbrasil/pt-br/manuais-e-cartilhas/plataforma-brasil/modulo-fundo-a-fundo-manuais-de-cadastro>.

Termos de colaboração pelo Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC)

A Lei n. 13.019, de 31 de julho de 2014, conhecida como MROSC, representa marco importante na relação entre o Estado e as entidades sem fins lucrativos no Brasil. Seu principal objetivo é estabelecer regras e diretrizes para a celebração de parcerias entre o poder público e as organizações

da sociedade civil (OSCs), visando à promoção de políticas públicas e o desenvolvimento de ações voltadas ao bem comum.

Registra-se que a parceria via MROSC busca atender a consecução de projetos cuja concepção, regimento e objetivos gerais já se encontram parametrizadas pelos normativos que disciplinam a qualificação social e profissional.

Nesse sentido, a celebração de termo de colaboração objetiva a concessão de apoio da administração pública federal para a execução de projetos voltados ao desenvolvimento de **ações de qualificação social e profissional a jovens e trabalhadores**, de forma a contribuir com a formação geral, acesso e permanência no mundo do trabalho, nos termos do art. 2.º, inciso III da Portaria MTE n. 3.222, de 21 de agosto de 2023, e art. 2.º, §3.º, inciso II, e §4.º, inciso III da Resolução CODEFAT n. 995, de 15 de fevereiro de 2024.

Termo de Execução Descentralizada (TED)

O Termo de Execução Descentralizada (TED) é o instrumento adequado para a execução de ações da qualificação social e profissional por Órgãos da Administração Pública Federal.

O TED é regido pelo Decreto n. 10.426, de 16 de julho de 2020,⁵³ que dispõe sobre a descentralização de créditos entre órgãos e entidades da administração pública federal integrantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, por meio da celebração de Termo de Execução Descentralizada.

A descentralização de crédito transfere a execução da despesa pública, de modo que as relações jurídicas advindas dessa execução passam a ser da unidade ou entidade descentralizada. Assim, uma vez celebrado um TED entre o MTE e um Órgão da Administração Pública Federal, teremos a Unidade Descentralizadora e Unidade Descentralizada.

Sendo assim, a Unidade Descentralizadora será responsável por analisar e aprovar a descentralização de créditos, bem como por descentralizar os créditos orçamentários e repassar os recursos financeiros em conformidade com o cronograma de desembolso.

Já a Unidade Descentralizada (Órgãos da Administração Pública Federal) será responsável por elaborar e apresentar o Plano de Trabalho, apresentar a Declaração de Capacidade Técnica necessária à execução do objeto, apresentar a Declaração de Compatibilidade de Custos, executar os créditos orçamentários descentralizados e os recursos financeiros recebidos, entre outros.

53 Brasil. Decreto n. 10.426, de 16 de julho de 2020, que “Dispõe sobre a descentralização de créditos entre órgãos e entidades da administração pública federal integrantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, por meio da celebração de termo de execução descentralizada”. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.426-de-16-de-julho-de-2020-267273875>. Acesso em 17 de abril de 2024.

Por oportuno, destaca-se o *link* da Advocacia-Geral da União em que constam as minutas-modelo para a correta instrução processual do Termo de Execução Descentralizada: <https://www.gov.br/plataformamaisbrasil/pt-br/termo-de-execucao-descentralizada-ted/modelos-e-minutas-padrao/modelos-e-minuta-padrao-de-termo-de-execucao-descentralizada>

Programa Caminho Digital – Escola do trabalhador 4.0

O Programa Caminho Digital tem o objetivo de centralizar e promover as iniciativas de qualificação com foco no desenvolvimento de habilidades digitais e inserção profissional voltados para a Economia 4.0.

Os **cursos são gratuitos** e iniciam e aprofundam conhecimentos no campo das tecnologias da informação e comunicação, e possuem o objetivo de **qualificar o trabalhador brasileiro para o mundo do trabalho e a cidadania**.

No ano de 2023, o recorte por escolaridade apontou que a maior parte dos alunos e das alunas da Escola do Trabalhador são estudantes que já possuem o ensino médio completo e, por meio do Programa Caminho Digital/Escola do Trabalhador 4.0, tiveram acesso à qualificação ou requalificação profissional.

O estímulo do Ministério do Trabalho e Emprego para a Adesão de entidades às ações especialmente de apoio às populações mais vulnerabilizadas se dá por meio de parceria com o fornecimento de espaço para tela, conectividade e monitores para o primeiro acesso à linguagem digital por meio do Letramento Digital.

Os atores públicos e privados do mundo do trabalho que tenham interesse em promover e divulgar o Programa Caminho Digital/Escola do Trabalhador 4.0 poderão aderir à iniciativa por meio do Termo de Adesão Simplificada, conforme o Anexo IV da Portaria MTE n. 3.222, de 21 de agosto de 2023.

Considerações finais

Passados mais de vinte e três anos da reorganização da atenção à saúde mental no país, consubstanciada na assinatura da Lei n. 10.216/2001, pode-se apontar que a Reforma Psiquiátrica brasileira se encontra já em um período de maturidade, com consolidações básicas que reorientam o modelo assistencial em saúde mental. Em nível nacional, a despeito do necessário fortalecimento – que envolve a priorização de recursos orçamentários, a capacitação dos serviços e mudanças culturais –, já há uma rede de atenção psicossocial fortalecida, com profissionais e gestores engajados na atenção integral, e territorializada, que oferta serviços comunitários.

A instituição da Resolução CNJ n. 487/2023 marca mais um passo no processo de maturação da Reforma Psiquiátrica do país, com vistas a estabelecer procedimentos e diretrizes para a implementação da referida Lei e da CDPD para um público que ainda se encontra obliterado das políticas públicas, mesmo que com experiências promissoras, porém isoladas, de atenção integral em nível estadual. Esse cenário marca a necessidade da qualificação da Política Antimanicomial, agora também com o compromisso do Poder Judiciário, conformando a **Política Antimanicomial do Poder Judiciário em interface com as políticas sociais**.

Nesse interregno, desde a redação da referida Resolução, passando por sua aprovação e publicação no âmbito do CNJ e pelo lançamento do Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, houve avanços nas três esferas de governo, comprometendo a União, os Estados e os Municípios na execução qualificada da mencionada política. O CONIMPA é uma representação de tal esforço articulado, entendendo a corresponsabilidade na implementação e no monitoramento da Política Antimanicomial a partir da compreensão dos determinantes sociais da saúde (DSS).

No mesmo sentido, a edição deste Protocolo Interinstitucional, conjugando esforços, debates, avaliação de experiências e outros recursos, revela um avanço da política, sobretudo na interface com diferentes políticas sociais que se engajam na garantia de direitos e no cuidado à pessoa com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei. O que se pretendeu, com este documento, foi contribuir com diretrizes, orientações e propostas para a realização do objetivo que constitui o referido Comitê e, em síntese, a própria Lei n. 10.216/2001.

Espera-se que, com este material, magistrados e magistradas, promotores e promotoras, defensores e defensoras públicas, profissionais e gestores e gestoras das diferentes políticas e do Sistema de Justiça possam contribuir para a implementação qualificada da Política Antimanicomial, reorientando o olhar para a garantia dos direitos do público aqui abarcado.

Sabe-se que os desafios continuam a existir, considerando os vazios assistenciais e as mudanças de paradigmas necessárias; sabe-se também que a realidade de cada território se faz intempes-tiva, com tantas outras situações que se aglutinam como desafios locais. Por isso, a intenção do

CONIMPA foi buscar consolidar parâmetros gerais que abram margem para a consolidação local da Política Antimanicomial, de maneira articulada e interinstitucional, com a inventividade dos territórios sempre amparada na promoção dos direitos já consolidados no Estado Democrático de Direito e nos tratados internacionais, os quais o país é signatário.



FAZENDO
JUSTIÇA



INNOCENCE
PROJECT
BRASIL



CONSELHO
NACIONAL
DE JUSTIÇA