

NOTA TÉCNICA

Nota Técnica sobre a publicação da Portaria GM/MS n. 1325, de 18 de maio de 2020, que revoga a Portaria GM/MS n. 95/2014 e as respectivas referências na Portaria de Consolidação n. 2/GM/MS, que extingue o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.

Por ironia, no dia nacional da luta antimanicomial de 2020, ao invés de ampliar as ações da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas para todas as pessoas com transtornos mentais, especialmente para as pessoas que se encontram no epicentro de diversas causas de vulnerabilidade, como são as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei penal, a Portaria GM/MS n. 1325, de 18 de maio de 2020, desferiu duro golpe contra os direitos humanos das pessoas com deficiência psicossocial, manicomializadas em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP) ou alas psiquiátricas de unidades penitenciárias comuns, nos porões do sistema de justiça (DINIZ, 2013).

Segundo o relatório mais atualizado do INFOPEN (2019)¹, que apresenta o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias organizado pelo Ministério da Justiça, o total da população carcerária era de **748.009**, das quais um total absoluto de **4.358** pessoas estão submetidas a medidas de segurança, das quais 4.109 a cumprem na modalidade de internação e 250, na modalidade de tratamento ambulatorial.

A reforma psiquiátrica no Brasil que protagonizou a promulgação da Lei Federal nº 10.216/2001 e foi aprofundada pela Convenção Internacional de Direitos das Pessoas com Deficiência (ratificada, com quórum de emenda constitucional, pelo Decreto Legislativo n. 186/2008 e promulgada pelo Decreto Federal n. 6.949/2009) **promoveu a releitura** de todos os institutos de direito penal e processual penal, especialmente **no que tange à execução de medidas de segurança**, porque ambas as normativas produziram conflito de normas ou **antinomia** entre a lei penal de 1984 e processual de 1940 a ser solucionada pelos critérios da anterioridade, especialidade e hierarquia.

¹ BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. DEPEN. Levantamento Nacional De Informações Penitenciárias (INFOPEN). 2019. Online. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-analiticos/br/br>. Acesso em 03 jun.2020.

A uma, a lei de 2001 e a Convenção ratificada em 2009 são normas especiais e mais recentes que as leis de natureza penal (a parte geral do Código Penal e a Lei de Execução Penal são de 1984, ao passo que o Código de Processo Penal é de 1940).

A duas, a Convenção, por sua natureza jurídica de emenda à Constituição, ainda tem *status* superior, de modo que também incidente o critério da hierarquia, para fundamentar a revogação tácita do instituto da medida de segurança e a corolária e vetusta noção de periculosidade.

Pela atual normativa, que se impõe a todos os poderes públicos no Brasil, inclusive ao Poder Judiciário, eventual medida de internação de pessoa com deficiência (mesmo aquela em conflito com a lei) só pode se dar na exata medida de necessidade clínica em situações de crise, justificada por médico responsável e devendo o tratamento ser orientado pela integralidade e pela finalidade de reinserção social do paciente em seu meio. A medida de segurança, enquanto **tratamento em saúde mental, obrigatório por força de sentença penal**, tem de ser executada em consonância com a reforma psiquiátrica. Assim, apenas – e tão somente – por determinação médica é que pode haver internação. E, após o manejo da situação de crise, ela deixa de ser legal e se torna tortura, tipificada em lei, conforme resta consubstanciado no **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei n. 10.216/2001**, exarado no bojo do Inquérito Civil Público nº 1.00.000.004683/2011-80 (MPF. MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DOS CIDADÃOS, 2011)².

Historicamente, as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei que são encarceradas em manicômios judiciais, encontram-se em grave situação de vulnerabilidade social, econômica e com laços familiares rompidos ou seriamente fragilizados, o que enseja a manutenção de internações ao longo de anos, mesmo nas hipóteses de judicialmente encerrada a medida de segurança, a levar diversos autores a destacarem sua perpetuidade (DINIZ, 2013).

² "(...) diante da Lei nº 10.216/2001, sequer se cogita do recolhimento da pessoa com transtorno mental submetida à medida de segurança em cadeia pública ou qualquer outro estabelecimento prisional. Tal situação, muitas vezes tolerada em face da não implementação de políticas públicas de atenção à saúde mental, além de violar frontalmente o modelo assistencial instituído pela Lei antimanicomial, especialmente o seu art. 4º, § 3º, constitui ainda crime de tortura, na modalidade prevista no art. 1º, § 1º, da Lei nº 9.455/97, por ele respondendo também aquele que se omite quando tinha o dever de evitar ou apurar a conduta (§ 2º), que é agravada quando praticada por agente público (§ 3º). Nesse novo contexto, sobressai a responsabilidade da autoridade penitenciária, do juiz e do órgão do Ministério Público, pessoas que devem fazer valer as disposições afetas à Lei nº 10.216/2001, zelando pelo efetivo respeito aos direitos e à dignidade da pessoa com transtornos mentais submetida à medida de segurança, sob pena de, não o fazendo, responder criminalmente pela conduta, mesmo que omissiva." (p. 64-65) Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/docs-publicacoes/parecer_medidas_seguranca_web.pdf. Acesso em 22. março 2016.

A lógica assistencial proposta para a pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei compreende o redirecionamento do modelo de atenção à saúde mental, de acordo com o consignado nos normativos supracitados, em especial na Lei nº 10.216/2001, asseverando que “são proibidas as internações em instituições com características asilares” e que “devem ser desenvolvidos programas de reinserção e reabilitação psicossocial para os pacientes com longa história de internação” de modo a assegurar o princípio da brevidade da duração da medida. Ademais, evoca-se para o caráter excepcional da internação ao circunscrever sua admissão somente “nas situações em que os demais recursos extra-hospitalares mostrarem-se insuficientes”.

Pelos regramentos citados, as agências do sistema de justiça criminal, em âmbito nacional, buscaram caminhos para tornarem-se mais congruentes com a titularidade de direitos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, aproximando-se a função declarada de tratamento da medida de segurança da função real. Houve uma transposição para o “cuidado” e a “inclusão social”, porque o enfrentamento da questão transpôs o âmbito da justiça. Reivindicam-se, em nome do direito à igualdade do tratamento em saúde mental para todas as pessoas com deficiência psicossocial, arranjos institucionais para que a saúde passe a indicar as soluções.

Essa forma de compreender o panorama geral é vitoriosa desde 2009, pelo Decreto Federal n. 7.037, de 21 de dezembro, resta consubstanciado no Programa Nacional de Direitos Humanos – 3, no Eixo Orientador IV da “Segurança Pública, Acesso à Justiça, Combate à Violência”, na Diretriz n. 16 (“modernização da política de execução penal, priorizando a aplicação de penas e medidas alternativas à privação de liberdade e melhoria do sistema penitenciário”), os Objetivos Estratégicos I e III, com respectivas ações programáticas, a saber:

Diretriz 16: Modernização da política de execução penal, priorizando a aplicação de penas e medidas alternativas à privação de liberdade e melhoria do sistema penitenciário.

Objetivo estratégico I: Reestruturação do sistema penitenciário.

Ações programáticas:

(...)

e) Aplicar a Política Nacional de Saúde Mental e a Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas no sistema penitenciário.

Responsáveis: Ministério da Justiça; Ministério da Saúde

Objetivo estratégico III: Tratamento adequado de pessoas com transtornos mentais.

Ações programáticas:

a) Estabelecer diretrizes que garantam tratamento adequado às pessoas com transtornos mentais, em consonância com o princípio de desinstitucionalização.

Responsáveis: Ministério da Justiça; Ministério da Saúde

b) Propor projeto de lei para alterar o Código Penal, prevendo que o período de cumprimento de medidas de segurança não deve ultrapassar o da pena prevista para o crime praticado, e estabelecendo a continuidade do tratamento fora do sistema penitenciário quando necessário.

Responsáveis: Ministério da Justiça; Ministério da Saúde

c) Estabelecer mecanismos para a reintegração social dos internados em medida de segurança quando da extinção desta, mediante aplicação dos benefícios sociais correspondentes.

Responsáveis: Ministério da Justiça; Ministério da Saúde; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

Abrimos aqui, um parênteses, para destacar que a despeito dessa ação estratégica não ter avançado enquanto mudança legislativa, o Superior Tribunal de Justiça sumulou sob a égide do enunciado n. 527, o entendimento de que: “O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado.” Desse modo, estabeleceu um limite máximo para o cumprimento das medidas de segurança, fazendo frente à prática de perpetuidade dos internamentos, que – via de regra – se justificam na falta de articulação da política pública. Exatamente o papel que desempenham as equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP).

No marco da efetivação do PNDH-3 (2009) inscreveram-se as articulações que, no campo do Sistema Único de Saúde (SUS), se aprimoraram desde o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) de 2003³ até produzir as últimas normativas do Ministério da Saúde vinculadas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)⁴, que foram as Portarias MS nº 94/2014 e 95/2014. Destaque-se que elas são resultado dos debates realizados por diversas instituições (Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Justiça, a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, entre outras), que compuseram um grupo técnico que discutiu as questões pertinentes às medidas de segurança, em âmbito nacional.

A Portaria GM/MS n. 94/2014 surgiu como alternativa para constituição de um **mecanismo conector** entre o sistema de **saúde**, por meio das políticas de saúde das pessoas privadas de liberdade e de saúde mental, o sistema de **assistência** e proteção social, dentre outras políticas setoriais, e o sistema de **justiça criminal**. Portanto, a despeito de este novo dispositivo não ofertar ações diretas de assistência e peritagem, tem a finalidade, dentre outras atribuições, de garantir o cuidado e avaliações técnicas dos sujeitos. Ao mesmo tempo,

³ O PNSSP é a Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003. Disponível em <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf> Acesso em 01 junho.2020.

⁴ A PNAISP foi instituída pela Portaria Interministerial MJ/MS n. 01, de 02.01.2014. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauodelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html Acesso em 31 mai.2020.

utilizará de sua **potência conectora** para viabilizar o processo de fechamento da porta de entrada dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, inovando ao realizar a filtragem da porta de entrada desses manicômios judiciais através da realização de avaliações biopsicossociais, assim como acompanhando a execução das medidas terapêuticas junto ao sistema de justiça e a Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁵, além de dar suporte à elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) pela equipe de saúde municipal.

Destaque-se que o PTS é um eterno construir e significa o epicentro de toda uma atenção multidisciplinar, comprometida com a participação a inclusão do sujeito de direitos, vítima de discriminação interseccional. Portanto, é a chave de todo e qualquer processo de desinstitucionalização (MAGNO; BOITEUX, 2018). O projeto terapêutico singular

foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. Representa o PTS, portanto, um momento de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações. É importante destacar que o PTS pode ser elaborado para grupos ou famílias, e não só para indivíduos.⁶

Desse modo, os dispositivos conectores pretendem apoiar a adoção de modelos alternativos ao internamento, no âmbito da justiça criminal, reagindo ao seu viés periculosista e resgatando o sujeito da medida de segurança dos espaços com características asilares, os quais, na maioria dos estados, continuam existindo. Propõe-se, então, que as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei sejam inseridas, preferencialmente, em redes de saúde territoriais, sobretudo, além de reconhecer a importância da assistência e proteção sociais, dos benefícios assistenciais e da inclusão em redes de sociabilidade.

A Portaria GM/MS n. 1.325/2020, em desrespeito aos procedimentos formais exigidos pela Constituição Federal e pela Lei 8080/90 e ao arrepio do Conselho Nacional de Saúde, assim como violando a Lei 10.216/2001 e a norma constitucional formal insculpida na Convenção de Direitos da Pessoa com Deficiência, retirou o fundamento de validade do **Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa**

⁵ A Rede de Atenção à Saúde (RAS) “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. Conforme a Portaria MS n. 4.279, de 30.12.2010, a RAS tem cinco áreas temáticas: (1) Rede Cegonha (RC); (2) Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); (3) Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); (4) Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD); (5) Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RPDC).

⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso 22 mar.2016.

com **Transtorno Mental em Conflito com a Lei** (EAP), ao revogar a Portaria GM/MS n. 95, de 14.01.2014 e as respectivas referências na Portaria de Consolidação n. 2/GM/MS, ou seja, seus artigos 16 a 28 do Anexo XVIII e seus Anexos 3 e 4 do Anexo XVIII.

O **dever do Estado Brasileiro de não discriminar as pessoas com deficiência psicossocial** (ou com transtornos mentais) **exige** que os governos façam muito mais do que se abster de adotar medidas que possam trazer repercussões negativas para elas. Na dicção do Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (órgão de tratado da ONU), a cuja competência de monitoramento de direitos humanos, o Brasil aceitou se submeter:

6. (...) nos dias atuais tem sido amplamente aceito que os direitos humanos das pessoas com deficiência devem ser protegidos e promovidos por meio de programas, normas e leis *gerais*, bem como programas, normas e leis *específicos*.

(...)

9. A obrigação dos Estados partes no Pacto de promover a realização *progressiva* dos direitos correspondentes na medida em que seus recursos disponíveis permitam, *exige claramente que os governos façam muito mais do que simplesmente abster-se* de adotar medidas que possam ter repercussões negativas para pessoas com deficiência. No caso de um grupo tão vulnerável e desfavorecido, a obrigação é adotar medidas positivas para *reduzir as desvantagens estruturais e dar tratamento preferencial adequado às pessoas com deficiência*, a fim de alcançar os objetivos de plena participação e igualdade dentro da sociedade para todas elas. Isso *significa em quase todos os casos que recursos adicionais serão necessários para esse fim e que uma ampla gama de medidas especialmente criadas será necessária.*⁷ (destaques nossos)

Parte das medidas especialmente destinadas a **reduzir as desvantagens estruturais e dar tratamento preferencial adequado às pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei penal** constavam das normas revogadas.

Especialmente sobre este grupo em situação de vulnerabilidade, o órgão de tratado da Convenção Internacional de Direitos das Pessoas com Deficiência publicou Informe Final em

⁷ Comitê de Direitos Econômicos Sociais e Culturais do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. **Observação Geral n. 05**, intitulada “Las personas con discapacidad”, figura no documento **E/1995/22**, aprovado em **09/12/1994**, parágrafos 6 e 9. Disponível em: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCESCR%2fGEC%2f4760&Lang=en Acesso em 31 mai.2020. Tradução livre do original em espanhol: “6. (...) en la actualidad está ampliamente aceptado que los derechos humanos de las personas con discapacidad tienen que ser protegidos y promovidos mediante programas, normas y leyes generales, así como programas, normas y leyes de finalidad especial.

9. La obligación de los Estados Partes en el Pacto de promover la realización progresiva de los derechos correspondientes en toda la medida que lo permitan sus recursos disponibles exige claramente de los gobiernos que hagan mucho más que abstenerse sencillamente de adoptar medidas que pudieran tener repercusiones negativas para las personas con discapacidad. En el caso de un grupo tan vulnerable y desfavorecido, la obligación consiste en adoptar medidas positivas para reducir las desventajas estructurales y para dar el trato preferente apropiado a las personas con discapacidad, a fin de conseguir los objetivos de la plena participación e igualdad dentro de la sociedad para todas ellas. Esto significa en la casi totalidad de los casos que se necesitarán recursos adicionales para esa finalidad, y que se requerirá la adopción de una extensa gama de medidas elaboradas especialmente.”

relação ao relatório apresentado pelo Estado Brasileiro e no tocante aos direitos previstos nos artigos 14 e 15, determinou que:

30. Preocupa o Comitê que as pessoas com deficiência eximidas da responsabilidade na comissão de um delito em razão de uma deficiência possam ser objeto de *medida de segurança*, incluída a detenção indefinida. Também lhe preocupam as detenções arbitrárias que possam constituir casos de tratamento desumano e degradante ou de tortura. Expressa, desse modo, sua inquietude pela situação das pessoas com deficiência privadas de liberdade nos cárceres e outros lugares de privação de liberdade com graves problemas de superlotação, nos quais a falta de tratamento mental e psicológico dos detentos se converte na norma, tal e como declarou o Relator Especial sobre a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanas ou degradantes, ao final de sua visita oficial ao Brasil, em agosto de 2015.

31. O Comitê recomenda ao Estado parte que:

- a) suprima as medidas de segurança que impliquem em detenção arbitrária de pessoas com deficiência em razão de sua deficiência e apliquem medidas alternativas compatíveis com os artigos 14 e 19 da Convenção;
- b) garanta que os centros psiquiátricos sejam acessíveis e realizem ajustes razoáveis para as pessoas com deficiência. (grifamos, traduzimos)⁸

O Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), enquanto estratégia de atenção à saúde localizada no bojo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no Sistema Único de Saúde, conformava parte da política pública de saúde mental elaborada no marco do dever de promover a não discriminação do tratamento integral em saúde mental destinado às pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei penal.

Destaque-se que a EAP consistia em estratégia de potencialização do acompanhamento e reabilitação psicossocial de pessoas selecionadas pelo sistema de justiça criminal, em contexto de intenso sofrimento psíquico e/ ou transtorno mental, e incidia desde o inquérito policial até o cumprimento de alguma reprimenda penal - pena ou medida de segurança, inclusive após sua extinção.

Em todo o território brasileiro, há 11 (onze) equipes habilitadas em 07 (sete) estados que pactuaram com o Ministério da Saúde para implementação da estratégia: Amazonas, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Pará, Pernambuco, Piauí e São Paulo. Em outros estados, a mera previsão da política e a busca por sua implantação provocou rearranjos e redesenhos institucionais que otimizaram a articulação com a RAS e Rede de Atenção Psicossocial

⁸ CRPD/C/BRA/CO/1. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observaciones finales sobre el informe inicial del Brasil. Publicada em 29 de setembro de 2015. Original: inglês. Versão consultada: espanhol. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/220/78/PDF/G1522078.pdf?OpenElement>> Acesso em: 31 mai.2020.

(RAPS), produzindo alta mediante processo de desinstitucionalização responsável e evitando internações desnecessárias.

À época da publicação das normativas que criaram a PNAISP e a EAP, em 2014, lê-se na cartilha elaborada pelo Ministério da Saúde⁹ que “quase três mil unidades prisionais mantêm sob a custódia do Estado cerca de 700 mil pessoas, sendo pelo menos 4.500 pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei (85% custodiadas em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP – ou Alas Psiquiátricas e 15% em unidades prisionais comuns)”. Transformando esses números do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) em percentual, temos que 4500 pessoas representa 0,64% de 700 mil.

Como já mencionamos acima, os dados do INFOPEN (2019), de apenas 05 anos depois das Portarias GM/MS n. 94 e 95/2014, trazem a realidade de que o número total de pessoas privadas de liberdade aumentou para 748.009, enquanto a quantidade de pessoas com transtornos mentais custodiadas em unidades prisionais decaiu de 4.500 para 4.100. Isto é, ao lado da ampliação das pessoas encarceradas em 6,4% (equivalente a 48.009 pessoas), testemunhou-se o fenômeno do desencarceramento das pessoas em HCTPs e alas psiquiátricas, que além de não ter acompanhado a proporção do aumento de 6.4% (para chegar em 4.905), ainda reduziu a população total em 9% (diferença entre 4500 e 4100), perfazendo o percentual de 15,4% de êxito.

Os dados falam por si e demonstram o sucesso das medidas especialmente destinadas a reduzir as desvantagens estruturais e dar tratamento preferencial adequado às pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei penal, sem prejuízo da necessidade de continuidade da política pública. Resultados que depõem a favor da ampliação e aprofundamento das políticas e jamais de sua descontinuidade.

A retirada do mundo jurídico das normas que densificavam deveres específicos do Estado Brasileiro quanto às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei penal configuram **medidas de caráter deliberadamente retroativo** e descumpre as orientações vinculantes da Política Nacional de Direitos Humanos vigente, assim como aquelas oriundas dos pactos internacionais do qual o Brasil é parte.

Na Observação Geral n. 3, do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, sobre a índole das obrigações dos Estados Partes quanto ao parágrafo 1º do artigo 2 do PIDESC, estão indicados os parâmetros para o controle de convencionalidade quanto aos direitos das pessoas humanas e os deveres estatais. Especialmente quanto ao conceito de

⁹ Disponível em <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/eap.pdf>> Acesso em 31 mai.2020.

“progressiva efetividade” dos direitos econômicos, sociais e culturais, dentre os quais se inscreve o direito à saúde (artigo 14, do PIDESC), toda e qualquer medida de caráter retroativo demanda a mais cuidadosa consideração e deve “justificar-se plenamente por referência à totalidade dos direitos previstos no Pacto e no contexto do aproveitamento pleno e máximo dos recursos disponíveis”¹⁰, mesmo “em tempos de limitação grave de recursos, causadas pelo processo de ajuste, de recessão econômica ou por outros fatores, se pode e se deve proteger aos membros vulneráveis da sociedade mediante a adoção de programas de relativo baixo custo”¹¹.

Destaque-se que, mesmo em tempos de austeridade, não se pode praticar o que se tem chamado de “austericídio” dos direitos sociais (VENTURA, 2013). Se uma das maneiras de garantir o direito à saúde, segundo a própria Constituição Federal, é ampliar o acesso às ações e serviços de saúde, simultaneamente à redução do risco de adquirir agravos e doenças, a EAP inscreve-se nesse comando. Ou seja, se a equipe da EAP colabora para tornar CAPS e outros serviços extra-hospitalares de saúde mental acessíveis às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, provoca o acesso às ações de cuidado na RAPS, no bojo dos contextos de produção de cidadania, ao mesmo tempo em que diminui o risco de incidência de agravos psicossociais decorrentes do confinamento – bem como doenças infectocontagiosas – nos estabelecimento penais superlotados e insalubres.

Por essa razão, retirar o dispositivo conector da EAP da política nacional de saúde no sistema penitenciário viola o direito humano à saúde e implica na responsabilização do Brasil perante os órgãos de monitoramento internacional. Responsabilidade que pode ser afastada, caso as justificativas adotadas demonstrem a razoabilidade da medida de caráter retroativo.

Conforme depreende-se do segundo considerando da Portaria n. 1.325/2020, as razões de fato e técnicas estão consubstanciadas no Parecer Técnico nº 4/2019-COPRIS/CGGAP/DESF/SAPS/MS, e foram utilizadas como justificativa pelo Ministério da Saúde para revogar os instrumentos normativos que instituíram o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, no âmbito da PNAISP. Passaremos, portanto, à análise do referido parecer técnico.

¹⁰ Parágrafo 9 da Observação Geral n. 03, E/1991/23. Disponível em: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/download.aspx?symbolno=int%2fcscr%2fgec%2f4758&lang=en Acesso em 01 junho.2020.

¹¹ Parágrafo 12 da Observação Geral n. 03, E/1991/23. Disponível em: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/download.aspx?symbolno=int%2fcscr%2fgec%2f4758&lang=en Acesso em 01 junho.2020.

a. **EAP: dispositivo de atenção, conexão e cobertura**

Conforme dispõe o referido Parecer Técnico, a equipe denominada EAP se destina a realizar uma conexão entre os sistemas SUS, SUAS e de Justiça Criminal, com as seguintes atribuições:

(...) a) realizar avaliações biopsicossociais; b) identificar programas e serviços que garantam a efetividade do Plano Terapêutico Singular (PTS); c) apoiar a comunicação entre gestores e serviços que viabilizem acesso e corresponsabilização pelos cuidados às pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei; d) contribuir para a ampliação do acesso à saúde em consonância com a justiça criminal; e) acompanhar a execução da medida terapêutica; f) apoiar a capacitação dos profissionais da saúde, justiça e programas sociais; g) contribuir para a desinternação progressiva de pessoas que cumprem medida de segurança em instituições penais ou hospitalares.

Esse formato de equipe multiprofissional da EAP com as atribuições acima mencionadas no parecer e na norma antes vigente garante todo o processo de desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei para os dispositivos extra-hospitalares da Rede de Atenção à Saúde. **O fato de ser uma equipe de apoio técnico e conexão intersetorial não lhe retira a atribuição de promover o cuidado, bem como o articular junto a outros dispositivos das Redes SUS e SUAS** (predominantemente), visto que são sistemas sociais que já contam com estratégias semelhantes de matriciamento e apoio territorial em função conectiva com a gestão local (apoiadores de rede).

Algumas estratégias em saúde, sobretudo as mais recentes, oriundas do modelo de redes de atenção à saúde e da regionalização, ampliam o escopo e diversificação das atividades dos trabalhadores em saúde, instigando-se a serem, ademais, inventivos no sentido de promover o cuidado em base territorial, em conformidade com as necessidades dos sujeitos e coletividades. É o que encontramos nas ações do Serviço de Atenção Domiciliar, nas Academias da Saúde, nos Consultórios na Rua e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Da mesma forma ocorre em nível especializado, com estratégias como as localizadas no âmbito da política de saúde mental, como as equipes de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento (UA). Assim é que também se dá com as EAP, tendo em vista suas atribuições.

Nota-se que se trata de estratégias que primam pelo matriciamento em saúde e articulação socio-comunitária e intersetorial. Assim, não há por que situá-la no lugar comum das equipes de atenção básica.

A EAP perfaz-se à semelhança de uma síntese entre NASF e CAPS. Logo, não deixaria de promover ações de atenção à saúde. Prova disso, em nível burocrático, é que há

fichas de registro de procedimentos adequadas à natureza do trabalho da EAP, como por exemplo, as Fichas de Visita Domiciliar e Territorial¹² e as Fichas de Atividade Coletiva¹³, nas quais é possível registrar muitas das atividades realizadas cotidianamente pelas EAP. Mais do que isso, a EAP garante ações de cuidado territorial, próprias do atual modelo de atenção.

As **evidências científicas** e pesquisas em saúde mental demonstraram reiteradamente a importância da articulação intersetorial para a promoção de saúde mental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. DOENÇAS NÃO COMUNICÁVEIS E GRUPO DE SAÚDE MENTAL. DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS. EQUIPE DE POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇOS, 2005). Nesse sentido, urge a adoção de medidas para o fortalecimento da atenção à saúde pública destinada às pessoas privadas de liberdade, em consonância com o preconizado pelas convenções internacionais das quais o Brasil é parte, pela Constituição Federal e pela legislação brasileira que dispõe sobre a organização do SUS. Duas dimensões aqui merecem destaque: i) o conceito ampliado de saúde, inscrito no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde¹⁴, como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade", o que implica considerar os determinantes e condicionantes sociais; e ii) o princípio da integralidade, que garante ao cidadão o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, o que requer a constituição de uma rede de ações e serviços integrados que atenda às necessidades de saúde das pessoas em diferentes eixos, compreendendo os sujeitos como um todo, de modo a superar a fragmentação do olhar e das intervenções em saúde. Por isso, a afirmação de que não se trata de equipe de atenção à saúde é tão grosseira quanto admitir que saúde é ausência de doença.

Compreendendo que a equipe da EAP realiza uma importante função conectiva para o processo de mudança do modelo asilar para o territorial, assim como a proporção de pessoas em cumprimento de medida de segurança no país e sua redução em apenas 03 anos¹⁵, a

¹² Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/ficha_v_domiciliar_terr_v3_2.pdf
Acesso em 28 mai 2020.

¹³ Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/ficha_atividade_coletiva_v3_2.pdf
Acesso em 28 mai 2020.

¹⁴ A Constituição da OMS foi firmada em 22 de julho de 1946 e ratificada pelo Brasil pelo Decreto Federal n. 26.042, de 17 de dezembro de 1948. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-26042-17-dezembro-1948-455751-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em 02 jun.2020.

¹⁵ Resgatando o que já foi dito, o quantitativo de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei também é extremamente menor, conforme aponta o relatório do INFOPEN, essa parcela da população prisional é de 0,34% na modalidade de medida de internação, ocupando os HCTP ou ATP-EP.

justificativa disposta no Parecer Técnico do Ministério da Saúde se torna frágil quando diz que:

Desde a instituição desse serviço, em 2014, houve a habilitação de 11 EAPs. Em comparação, no mesmo período, houve a habilitação de 357 Equipes de Atenção Básica Prisional (EABP). (...) Dessa forma, é possível afirmar que a estratégia prevista como objeto da EAP não foi massivamente implantada no país, devido à baixa adesão dos entes federativos e o baixo número de equipes habilitadas. (...) Verifica-se, assim, que além do baixo número de equipes habilitadas, nem todas as EAPs habilitadas estão em funcionamento.

Obviamente que as equipes da EAP estão e sempre estarão em número muito inferior ao número de equipes da PNAISP, **pelo simples fato de não ser uma equipe de assistência em baixa complexidade, mas de apoio técnico e conexão** como dito anteriormente. Assim, qualquer estratégia encabeçada por equipe de atenção especializada constituir-se-á de menor contingente do que a estratégia desenvolvida por equipes de atenção básica.

Some-se a este dado, outro, qual seja: a estratégia da EAP não é tripartite, mas de gestão bipartite, cabendo à União por meio do Ministério da Saúde financiá-la e aos estados gerir e monitorar o funcionamento destas equipes.

No parecer, o Ministério da Saúde registra a implantação de 11 equipes EAP espalhadas em sete estados do Brasil, o que pode se considerar uma conquista quando nos deparamos com o momento político de 2016 a 2019, marcado por corte massivo do financiamento do SUS. O próprio Ministério teve perda orçamentária, desde 2014, na ordem de 48 milhões de reais, e priorizou o monitoramento e a baixa expansão das equipes de atenção básica prisional da PNAISP, **mas não as EAPs, o que demonstra um problema de inoperância e falta de prioridade por parte da gestão federal, e não apenas financeiro, como quer fazer crer o parecer técnico.**

Antes mesmo da promulgação da Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos (EC n. 95/2016) já se represavam solicitações de incentivos e habilitações de serviços de saúde pelos gestores estaduais e municipais ao Ministério da Saúde, em razão de contingenciamentos orçamentários e pautas-bomba que assolavam o cenário federal no contexto do processo de *impeachment*.

Com o advento da EC n. 95/2016, os planos orçamentários foram subtraídos de sua capacidade de manutenção e investimento na infraestrutura do SUS, chegando à perda de cerca de 20 bilhões de reais desde que fora promulgada¹⁶. Logo, abordar o resultado dessa

¹⁶ Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/rubens-valente/2020/04/13/coronavirus-mandetta-pec-gastos-saude.htm> Acesso em 28 mai. 2020.

desigualdade de acesso ao orçamento e atribuí-lo aos estados é ignorar o cenário complexo de desmonte das políticas sociais no país.

Em uma justificativa razoável para fundamentar a medida retroativa, teria de ser indicada a média de tempo de tramitação de cada solicitação de incentivo e a habilitação desde o pleito até a publicação de ato oficial (Portaria) da União, a fim de se vislumbrar se houve ou não lentidão federal. Não se pode trazer o número de 11 EAPs, com a interpretação de falta de adesão à política, sem a respectiva e cabal demonstração de que a União convocou repetidamente os Estados a implantarem a política, garantiu o repasse financeiro tempestivo e adequado à demanda local, isto é, sem a evidência de que a União não teria dado causa ao fato que intitulou de “baixa adesão”.

Enquanto as equipes de EABP se destinam a 100% das ações da atenção primária da população encarcerada, as EAPs, enquanto dispositivo conector, tem a atribuição de atender, dentro dessa população, as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei penal. Para efeito de argumentação, traremos novamente os dados do INFOPEN (2019). 100% da população prisional brasileira corresponde a 748.009 pessoas, para as quais foram habilitadas 357 equipes de atenção básica. Considerando que a equipe mais simples de EABP atende no máximo 100 presos e que apenas 357 equipes foram habilitadas, verifica-se que apenas 4,7% da população prisional é alcançado por essa política pública. Por outro lado, se 100% da população em HCTP e alas psiquiátricas (medida de segurança de internação e de tratamento ambulatorial) corresponde a 4.100 pessoas, para as quais foram habilitadas 11 EAPs, localizada em 07 estados diferentes, o mesmo raciocínio nos conduz ao percentual de 26,82% de pessoas atendidas por EAP.

Ora, é notória a distorção dos paradigmas que orientam cada estratégia, a partir de distintas demandas. A EAB (Equipe de Atenção Básica), tal qual a equipe de saúde da família nas unidades básicas de saúde, constitui a majoritária força de trabalho no âmbito dessa linha de cuidado. Anormal seria admitirmos que as equipes da atenção básica (nas ruas ou nas unidades prisionais) devem ser de menor quantidade que algumas especializadas. Nesse sentido, não há por que o planejamento plurianual ser invocado para o fim de deslegitimar a EAP, justamente porque a EAP não é equipe de atenção básica. Trata-se de estratégias, a rigor, incomparáveis e ambas precisam ser aprofundadas.

Desse modo, seja por fidelidade às evidências científicas e à pesquisa no campo da saúde pública; seja por simples raciocínio matemático, a justificativa do Ministério da Saúde não é razoável, de modo que foi violado do direito humano à saúde. Portanto, a Portaria

GM/MS n. 1.235/2020 urge por ser revogada, a fim de serem ripristinados¹⁷ os efeitos da Portaria GM/MS n. 95 e demais normas da Portaria de Consolidação GM/MS n. 2 de 2017.

b. Ausência de rubrica orçamentária própria

No que tange ao incentivo financeiro, o referido Parecer Técnico não apresenta justificativa razoável para revogar parte importante da política de saúde mental para as pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei penal. Confira-se:

O incentivo financeiro dessa estratégia não possui orçamento próprio, onerando o mesmo Programa de Trabalho voltado às EABPs da PNAISP. É importante frisar que as condições de saúde nas unidades prisionais podem ser precárias, devido a diversos fatores, como a superlotação, más condições de higiene, alimentação inadequada, ausência de atividades físicas, entre outros. Dessa forma, as equipes de atenção à saúde são muito demandadas intramuros, o que faz com que a gestão priorize a implantação e financiamento de EABPs em detrimento das EAPs.

Em dezembro de 2017 e janeiro de 2018, reuniões sediadas na Comissão Intergestores Tripartite cancelaram alteração no modelo de financiamento do SUS, deixando o modo de distribuição por distintos cinco blocos, destinando-se todo o repasse financeiro a estados e municípios por meio de apenas dois blocos: custeio e incentivo. Em nome de dar aos gestores locais maior liberdade na alocação de recursos, verteram-se os mesmos em duas grandes contas bancárias cujo manejo ainda seria de grande aprendizado para o Poder Público, tanto para execução quanto fiscalização.

Diante disso é que diversas ações em saúde passaram para o obscurantismo, tendo em vista que ainda não protagonizavam na agenda nacional. É o caso da EAP e de muitas outras que lidam com interfaces político-territoriais de difícil compreensão até mesmo para os profissionais da saúde.

Ora, o bloco de financiamento da saúde prisional inclui tanto as EABPs quanto as EAPs podendo financiar as duas estratégias **simultaneamente**. Mas o problema surge ainda em 2015, quando a Coordenação de Saúde no Sistema Prisional (COPRIS) se desloca do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (sua origem) para o Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, encontrando resistência nos encaixes dos recursos orçamentários desse Departamento, numa tentativa de homogeneizar os repasses nivelados pelo repasse do Piso da Atenção Básica Variável da Política Nacional de Atenção Básica.

Mesmo compreendendo que as EABPs realizam ações e serviços de Atenção Primária, deve-se levar em conta as especificidades do território prisional e a sua complexidade, viés completamente diferente dos territórios das equipes tradicionais de Atenção Primária.

¹⁷ Lei ripristinatória é aquela que resgata os efeitos da lei revogada pela revogação lei revogadora.

Nesse sentido, de fato, não há mais orçamento próprio para muitas ações, inclusive a EAP, vindo a recorrer aos recursos da conta única de custeio da atenção básica. Ocorre que a ausência de orçamento próprio não é causa razoável a justificar o retrocesso e a desassistência em tela. Até porque essa lógica daria ensejo a revogar diversas políticas de saúde impactadas com a subtração dos 20 bilhões de reais do SUS, nos últimos anos. Ela não é atribuível à gestão local nem à idealização da EAP, mas sim ao modelo de gestão e financiamento geral do Ministério da Saúde e dos órgãos interfederativos que, na mesma linha, violam a Constituição Federal, descumprem a Política Nacional de Direitos Humanos e ensejam responsabilidade internacional do Estado Brasileiro.

c. Monitoramento de Atividades e Prestação de Contas pelas EAPs habilitadas

Outro argumento destacado no parecer – ao invés de justificar a medida adotada pela União, por intermédio do Ministério da Saúde – informa que houve negligência na gestão das EAPs e priorização das equipes EABPs quando apontam que

(...) É importante frisar que as condições de saúde nas unidades prisionais podem ser precárias, devido a diversos fatores, como a superlotação, más condições de higiene, alimentação inadequada, ausência de atividades físicas, entre outros. Dessa forma, as equipes de atenção à saúde são muito demandadas intramuros, o que faz com que a gestão priorize a implantação e financiamento de EABPs em detrimento das EAPs. Essa priorização também se verifica no Plano Plurianual 2016-2019, em que consta a meta 0459 para “ampliar a cobertura da Atenção Básica à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional” (...).

O Parecer aponta, ainda, como entrave, o monitoramento da produção das EAPs, “(...) uma vez que essas equipes não são de atenção à saúde e as informações do e-SUS AB são voltadas a procedimentos realizados, dificultando o acompanhamento da atuação das EAPs”.

Novamente, ao invés de justificativa razoável, a dimensão do registro das ações realizadas pelas EAPs apresentada no parecer revela que, em nenhum momento, a gestão federal pensou na estratégia de monitoramento da EAP para além do monitoramento da lógica da Atenção Primária. Considerando que se trata de um dispositivo de conexão, os indicadores e indexadores de saúde mental precisam ser aprimorados, ao invés de revogar-se a política, e produzir ainda mais fragilização e letargia dos processos e arranjos interinstitucionais para que as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei penal não sejam discriminadas em relação ao mesmo tratamento de saúde que teriam se não tivessem sido selecionadas pelo sistema de justiça criminal.

d. Medidas de Segurança: entre a política de segurança pública e a política de saúde mental

Por último, retomaremos brevemente o que já foi exposto na primeira parte desta nota técnica, para analisar o penúltimo parágrafo do parecer que fundamenta a portaria impugnada:

O principal papel das EAPs é o subsídio à desinstitucionalização da medida de segurança de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei, entretanto, a *desinstitucionalização depende de decisão judicial e foge ao escopo da área da saúde*. Além disso, o Judiciário conta com um aparato previsto em Lei para o acompanhamento do cumprimento das medidas de segurança e do desencarceramento de pessoas com transtorno mental. O Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940) determina que deverá ser realizada perícia médica para verificar a cessação de periculosidade de pessoas em medida de segurança. A Lei de Execução Penal – LEP (Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984) determina que o Ministério Público deve fiscalizar a execução da medida de segurança, e que a Defensoria Pública deve velar pela sua regular execução. Além disso, de acordo com a LEP, a cessação da periculosidade será averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, por meio de relatório expedido pela autoridade administrativa acompanhado de laudo psiquiátrico, e também deverão ser ouvidos o Ministério Público e curatela ou defensor. Dessa forma, a EAP cumpre um papel já previsto em Lei e executado pelo poder Judiciário.

No Brasil existem duas grandes experiências exitosas com aproximadamente 10 anos de atividades no acompanhamento das Medidas de Segurança, substituindo o modelo manicomial judiciário por um modelo extra-hospitalar calçado nas premissas da Reforma Psiquiátrica brasileira (Lei 10.216/2001). Trata-se do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI-GO), do Estado de Goiás e do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), do Estado de Minas Gerais.

O que difere um do outro é que o PAILI está sob a gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás e o PAI-PJ sob a gestão do Poder Judiciário de Minas Gerais. Esses dois programas utilizam o paradigma estrutural do redirecionamento do modelo de atenção psicossocial da Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira articulada com as Políticas Nacional e Estadual de Saúde Mental. Possuem equipes multiprofissionais que exercem ações de conexão entre o sistema de justiça criminal e as Redes do SUS e do SUAS.

O Ministério da Saúde, inspirado nesses dois programas exitosos e respondendo ao disposto no § 3º do Art. 8º da Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777/2003¹⁸, resolveu elaborar, pactuar e publicar uma estratégia nacional, em 2014, que fosse ainda mais amplo que o dos programas que lhe serviram de inspiração, para que pudesse alcançar todas as

¹⁸ O parágrafo do artigo citado diz que “Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico serão beneficiados pelas ações previstas nesta Portaria e, em função de sua especificidade, serão objeto de norma própria”.

pessoas com transtornos mentais privadas de liberdade no sistema penitenciário, tenham sido ou não consideradas inimputáveis ou semi-imputáveis por perícia forense.

Essa estratégia nacional, denominada de “serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei”, criou um dispositivo de desinstitucionalização para os ditos “pacientes judiciários”, conectando os sistemas de justiça criminal, o SUS e o SUAS.

Após a política, o Estado do Piauí fechou o manicômio judiciário existente em Teresina e retirou o “tratamento” das mãos do gestor penitenciário, transferindo-o para o gestor de saúde mental, com ganhos reais para a pessoa e para a sociedade, vez que o Programa de Cuidado Integral ao Paciente Psiquiátrico (PCIPP-PI)¹⁹ registra zero caso de reiteração criminosa.

Com a EAP, por óbvio, não se está reduzindo a competência dos órgãos do sistema de justiça criminal, tampouco reduzindo o juízo de discricionariedade ou inviabilizando a imparcialidade jurisdicional. Ao contrário, se está ampliando tais juízos de valor, uma vez que os relatórios e estudos de caso, assim como as articulações da EAP, produzem um projeto terapêutico singular mais robusto e com mais elementos a serem avaliados pelos agentes do sistema de justiça criminal.

A EAP não afasta do poder judiciário seu dever de prestar a jurisdição e proferir as decisões de desinternação e conversão da medida de segurança de internação em tratamento ambulatorial ou até mesmo sua extinção. A EAP oferece mais dados e mais respaldo para uma maior segurança dos juízos de valor, embasado em pareceres técnicos da equipe multidisciplinar do serviço.

Trata-se de um dos temas mais complexos debatido nos âmbitos do Sistema de Justiça Criminal, do SUS e do SUAS, pois exige mudanças de paradigmas: para a Justiça Criminal exige extinguir a interpretação e a aplicação da Lei de Execução Penal e passar a interpretar a Lei da Reforma Psiquiátrica; para o SUS e o SUAS, exige incluir ou implantar e monitorar os serviços de desinstitucionalização e de inclusão social. Dessa forma, o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, é um modelo que encontra alicerces em três sistemas complexos: a justiça, o SUS e o SUAS. Apoia-se na descentralização da gestão e na operacionalização baseada em competências locais, adotando como perspectivas a responsabilidade mútua entre níveis de governos, a intersectorialidade, a acessibilidade, o desenvolvimento de capacidades locais para

¹⁹ Informações disponíveis em: < <http://www.tjpi.jus.br/portaltjpi/vep/programas/pcipp/>>; cartilha disponível em: < <http://www.tjpi.jus.br/portaltjpi/wp-content/uploads/2018/09/Cartilha-PCIPP.pdf>> Acesso em 01 junho.2020.

qualificação interpretativa acerca dos pacientes judiciários, do redirecionamento da sua atenção e do provimento de serviços sociais básicos e de saúde, reconhecendo, tais sujeitos criminalizados, como titulares de direitos.

O alinhamento intersetorial entre o SUS, o SUAS e o Poder Judiciário deve gerar acordos normativos locais de transferência de responsabilidade dos pacientes judiciários para o SUS, assim como a interdição definitiva do HCTP, a extinção das Medidas de Segurança e a implantação de serviços públicos como o Serviço de Avaliação (discutido nesta nota) e/ou a equipe de desinstitucionalização da Política de Saúde Mental, contemplando projeto terapêutico singular a ser elaborado com as Redes do SUS e do SUAS. Além disso, outras estratégias devem ser articuladas como a Portaria GM/MS nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014, que cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal.

Traga-se, ainda, quanto a esta justificativa integrante do parecer sob análise, que o próprio órgão de cúpula do Poder Judiciário, que oferece os parâmetros para a atuação jurisdicional dos magistrados, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por mais de uma vez, asseverou que o tema é intersetorial. Destaque-se a Resolução CNJ n. 113/2010²⁰, artigos 14 a 17, sobre a Execução de medida de segurança:

Art. 14. A sentença penal absolutória que aplicar medida de segurança será executada nos termos da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, **da Lei nº 10216, de 06 de abril de 2001**, da lei de organização judiciária local e da presente resolução, devendo compor o processo de execução, além da guia de internação ou de tratamento ambulatorial, as peças indicadas no artigo 1º dessa resolução, no que couber.

Art. 15. Transitada em julgado a sentença que aplicou medida de segurança, expedir-se-á guia de internação ou de tratamento ambulatorial em duas vias, remetendo-se uma delas à unidade hospitalar incumbida da execução e outra ao juízo da execução penal.

Art. 16. O juiz competente para a execução da medida de segurança ordenará a formação do processo de execução a partir das peças referidas no artigo 1º dessa resolução, no que couber.

Art. 17. O juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível buscará implementar políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

Cumprir uma resolução do CNJ é dever dos magistrados, a ensejar, inclusive, responsabilidade funcional. Para que o juiz competente implemente políticas antimanicomiais conforme a sistemática da Lei Federal nº 10.216/2001 na execução das medidas de segurança

²⁰ Disponível em: < https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao_comp_113_20042010_25032019154646.pdf > Acesso em 01 jun. 2020.

é **imprescindível** que haja um dispositivo conector das políticas de saúde e de justiça criminal.

A EAP, quando instituída, mirava também na porta de entrada do sistema de justiça criminal. Nesse sentido, importante papel desempenha apoiando o labor dos juízes das audiências de custódia e a política de saúde mental também ganhou destaque na Resolução CNJ n. 213, de 15.12.2015²¹:

Artigo 9º. (...)

§ 3º O juiz deve buscar garantir às pessoas presas em flagrante delito o direito à atenção médica e psicossocial eventualmente necessária, resguardada a natureza voluntária desses serviços, a partir do encaminhamento ao serviço de acompanhamento de alternativas penais, **não sendo cabível a aplicação de medidas cautelares para tratamento ou internação compulsória de pessoas autuadas em flagrante que apresentem quadro de transtorno mental ou de dependência química, em desconformidade com o previsto no art. 4º da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, e no art. 319, inciso VII, do CPP.**

Além das diretrizes do CNJ, há também que trazer à colação aquelas oriundas do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP), que são vinculantes por força do princípio da legalidade, base do estado de direito. Trato, aqui, do artigo 61, I, da Lei de Execução Penal, que enumera o CNPCCP como o primeiro dos órgãos da execução para, na sequência, discriminar que, dentre suas atribuições, está a de “propor diretrizes da política criminal quanto à prevenção do delito, administração da Justiça Criminal e execução das penas e das medidas de segurança” (art. 64, I).

Em mais de uma oportunidade, o CNPCCP editou resoluções que vinculam a política criminal à política de saúde mental, impondo a aplicação do arcabouço jurídico de direitos das pessoas com transtornos mentais para aquelas que foram selecionadas pelas agências do poder punitivo. Confirmam-se: Resolução 05/2004 do CNPCCP²²; Resolução 04/2010 do CNPCCP²³ (da qual se destaca a orientação para a “intersectorialidade como forma de abordagem, buscando o diálogo e a parceria entre as diversas políticas públicas e a sociedade civil e criando espaços e

²¹ Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao_comp_213_15122015_22032019144706.pdf> Acesso em 01 junho.2020.

²² Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnccp/resolucoes/2004/resolucao05de04demaiode2004.pdf> Acesso em 01 junho.2020.

²³ Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnccp/resolucoes/2010/resolucao04de30dejulhode2010.pdf> Acesso em 01 junho.2020.

processos integradores de saberes e poderes”); Resolução 01/2012 do CNPCP²⁴; Resoluções 1²⁵, 2²⁶, 3 e 4/2014²⁷, todas do CNPCP.

Todas essas orientações visam a garantia de igualdade de acesso aos equipamentos de saúde mental por todas as pessoas com transtornos mentais. O Conselho Nacional de Direitos Humanos, por sua Resolução n. 08, de 14.08.2019, dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas, reunindo importante acúmulo sobre o estado do conhecimento científico no contexto do risco de “austericídio” de direitos humanos, por enfraquecimento da política de saúde mental. Especificamente no que tange às medidas de segurança, a resolução registra que:

Art. 22 A condição dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico conhecidos como Manicômios Judiciários reflete uma total falência de um cuidado integral com vistas a reinserção da pessoa internada. O último relatório de 2015 realizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), em conjunto com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA), indicou que o Manicômio Judiciário reúne o pior da segregação com o pior do estigma. Constata a precariedade das condições nestas instituições e as constantes violações de direitos, que não estão restritas a saúde, mas também ao direito ao acesso a assistência jurídica. Neste sentido deve haver uma completa reestruturação do sistema, que deverá considerar:

I - O(A) portador(a) de transtornos mentais em conflito com a lei e considerado inimputável tem como pressuposto a necessidade de tratamento em dispositivos de saúde e em caso de restrição de liberdade, deve garantir a preservação dos direitos fundamentais a qualquer cidadã(o) além de ofertar um cuidado pautado na lógica da atenção psicossocial e orientado para a reinserção social destes indivíduos;

II - Deve ser garantida a intervenção conjunta com as equipes da Rede de Atenção Psicossocial, a qual deve acontecer de forma regular e contínua, como previsto no plano nacional de assistência prisional, independente do tipo de instituição restritiva de liberdade onde se encontre o indivíduo.

III - A internação compulsória, hoje apenas tipificada com vistas a medida de segurança, é uma evidente violação à lei 10.216/2001 Considerando os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, visto que esta lei veta explicitamente a internação de pessoas em instituições de características asilares em seu artigo 4º, §3º e no artigo 9º, que prevê levar-se em conta "as condições de segurança do estabelecimento,

²⁴ Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnpcp/resolucoes/2012/resolucao01de28defevereirode2012.pdf> Acesso em 01 jun.2020.

²⁵ Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnpcp/resolucoes/2014/Resoluon1pag.1.pdf> Acesso em 01 junho.2020.

²⁶ Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnpcp/resolucoes/2014/Resoluon2.pdf> Acesso em 01 junho.2020.

²⁷ Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnpcp/resolucoes/2014/Resoluon3CriadasouvidoriasindependentesPUBLICA DA.pdf> Acesso em 01 junho.2020.

quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários;" bem como à Lei Brasileira de Inclusão em seus artigos 14, artigo 15 e artigo 19.

Parágrafo Único. São necessárias ações imediatas para construção de uma política de cuidado aos(às) portadores(as) de transtornos mentais em conflito com a lei que se adequa à lógica da atenção psicossocial, ou seja, que prescindida de espaços de asilamento e violação de direitos - modelo hoje representado pelos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.

Art. 23 As autoridades dos poderes Judiciário e Legislativo brasileiros deverão atentar para as recomendações feitas pelo Comitê da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em sua 14ª sessão, de 17 de agosto a 4 de setembro de 2015, que produziu um relatório em que, inicialmente, parabeniza o Estado brasileiro pelo fato de a Convenção ter "equivalência normativa constitucional". Aponta as seguintes preocupações a serem observadas pelo Estado brasileiro:

I. Relatos da privação arbitrária de liberdade e tratamento involuntário de pessoas com deficiência com base na deficiência, incluindo situações em que é assumido que as pessoas com deficiência são perigosas para si ou para outrem, com base em um diagnóstico discriminatório (28).

II. Recomenda o Estado Parte a tomar medidas, incluindo a revogação das disposições legais pertinentes, para abolir a prática da internação involuntária ou hospitalização e tratamento médico forçado e que proíba, em particular, tratamentos psiquiátricos, com base na deficiência e forneça alternativas de tratamento baseado na comunidade.

III. Preocupação que pessoas com deficiência que não são consideradas responsáveis pela prática de um crime com base na deficiência podem estar sujeitos a medidas de segurança, incluindo a detenção por prazo indefinido.

Art. 24 A medida de segurança aplicada aos(às) portadores(as) de transtornos mentais ou em uso problemático de drogas em conflito com a lei e considerados inimputáveis, configuram-se em medidas de tratamento e não medidas de punição. Desta forma, estas(es) usuárias(os) passam a ser regidas pela Lei nº 10.216/2001, sendo a internação em instituições asilares proibidas.

Parágrafo Único As condições dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico ("Inspeção aos manicômios" CFP, 2015) e a orientação de prioridade de cuidado em serviços comunitários pressupostos na Lei nº 10.216/2001, torna fundamental a reorientação das determinações vigentes para sua adequação a legislação sobre o tema e assim considerar iniciativas de cuidado em liberdade para a clientela portadora de transtorno mental e/ou usuários(as) problemáticos(as) de álcool e outras drogas tais como o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator/PAILI (ganhador do prêmio Innovare 2009) e criar novos protocolos para esta grave situação de violação de direitos no país.

Art. 25 A internação compulsória de usuária(o) de drogas sem a prática de delito configura-se como uma total anomalia e em oposição ao ordenamento jurídico brasileiro. Não é, portanto, atribuição do Judiciário determinar a internação quando essa tenha por finalidade única e exclusivamente o tratamento.

Nesse sentido, cabe ainda assinalar que, ao contrário do afirmado no Parecer Técnico do Ministério da Saúde, o sistema de justiça não tem competência de executar ações de

reabilitação psicossocial, muito embora tenha a de liberar a pessoa da clausura penal. A desinstitucionalização e reabilitação são componentes da Rede de Atenção Psicossocial, devendo, logo, ser buscadas no âmbito do SUS. Portanto, não há falar-se em suficiência do Poder Judiciário para realizar as ações atribuídas à EAP. Menos ainda, reconhecer no Código Penal e na Lei de Execução Penal normas que já prevejam as devidas ações encampadas pela PNAISP, tendo em vista que é justamente a existência daquelas normas penais a causa do histórico encarceramento manicomial que se tenta dissolver, recentemente, por meio de estratégias em saúde.

Sobre a importância da implantação da EAP em outros Estados da Federação

No **Estado do Maranhão**, a EAP vem trabalhando de forma integrada com outras políticas públicas, buscando garantir assistência e cuidado em saúde mental, desde a suspeita de transtorno mental. Para isso, já atua especificamente na porta de entrada dos pacientes com transtorno mental em conflito com a lei, antes mesmo da instauração do incidente de insanidade mental. no Hospital Nina Rodrigues. Antes da instauração do incidente de insanidade mental, os juízes passaram a ser orientados a solicitar a realização de avaliação biopsicossocial pela EAP, contribuindo para evitar inúmeras internações psiquiátricas desnecessárias.

Os juízes incorporaram na práxis judiciária a solicitação de avaliação biopsicossocial pela EAP, a fim de melhores subsídios para exercerem seu *múnus* jurisdicional, evitando-se inúmeras internações psiquiátricas desnecessárias.

A EAP-MA garante o efetivo acompanhamento das pessoas que cumprem medida de segurança no meio comunitário, desde 2015. Destaque-se que não houve nenhuma reiteração criminosa registrada pela EAP, o que desfaz o mito da periculosidade e aponta para o êxito da política no acompanhamento realizado pelas EAPs, capazes de identificar o prenúncio de crises psiquiátricas (motivo de mais de mais de 90% de estarem em conflito com a Lei).

Traduzindo essas ponderações em números, a EAP-MA: (a) apoiou a **desinternação de mais de 80 pessoas** cumprindo medida de segurança no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Nina Rodrigues; (b) realizou 118 avaliações biopsicossociais das 139 solicitadas por juízos criminais e pela SEAP, desde 2019; (c) redução do quantitativo de internação indevidas no hospital psiquiátrico, com apenas 10 indicações para internação cautelar devido a necessidade de estabilização de quadro psiquiátrico.

Os impactos positivos com a implantação da EAP - Maranhão foram diversos, dentre os quais, destaque precisa ser dado aos seguintes: criação do Programa de Atenção Integral à

Pessoas com Transtornos Mentais em Conflito com a Lei no Estado do Maranhão (PAIMA); criação de 03 grupos interinstitucionais de trabalhos; produção de documentos legais para dar sustentabilidade política e técnica à política: (i) no âmbito da **SES/MA** - Nota Técnica para Rede de Saúde sobre assistência a essa população específica/ Portaria (em revisão), instrumentais técnicos (PTA-Plano Terapêutico de Acompanhamento de Medidas Terapêuticas, Avaliação Biopsicossocial e Relatório de Acompanhamento de Medidas Terapêuticas); (ii) no âmbito do **Poder Judiciário** – Provimento da corregedoria; (iii) no âmbito da **SEAP/MA** – Nota Técnica sobre o fluxo de assistência a pessoas com transtornos mentais privadas de liberdade; Inclusão da Defensoria Pública, Promotoria de Justiça, NPP, Hospital Psiquiátrico, EAP, SEAP no malote digital do Poder Judiciário; Qualificação dos profissionais da Rede Saúde (UBS, CAPS) e Sistema Prisional e Sistema Judiciário por meio de seminário, encontros, cursos e reuniões intra e intersetorial; Articulação entre a rede de cuidado (saúde, assistência, judicial e não governamental) no território; Apoio Institucional ao CAPS e às Equipes de Saúde Prisional; Audiências de Desinternação e de Justificação para garantia de cuidado no território de forma pactuada e responsabilizada; Construção de 129 de PTAs dos 170 que foram demandados pelo judiciário;

A política desenhada conforme a experiência do Maranhão, inclusive, foi incorporada no Provimento no 38/2017²⁸, que regulamenta a aplicação e execução das medidas terapêuticas, editado pela Corregedoria Geral de Justiça. Recentemente, a regulamentação foi atualizada com a publicação do Provimento no 24/2020²⁹. Além do Provimento do TJ, Portarias da SEAP e SES (em fase de finalização) foi assinado um Termo de Compromisso de várias instituições que compõem o PAIMA, a saber: TJ, MP, SES, SEAS, DPE, SEAP, FAMEM.

No **Estado do Pará**, a implantação das EAPs também provocou resultados importantes, vez que se conseguiu desinternar, responsavelmente, **130 pessoas**, isto é, elas foram retiradas de espaços com características asilares e, cada uma com o respectivo projeto terapêutico singular, passou a ser acompanhada pela Rede de Atenção Psicossocial de seus territórios.

Atualmente a **EAP PA** tem **96 pessoas** com transtornos mentais em conflito com a lei em acompanhamento, seja na comarca da capital, seja nas comarcas do interior. A EAP PA

²⁸ Disponível em: http://gerenciador.tjma.jus.br/app/webroot/files/publicacao/419530/prov_-_382017_14122017_1024.pdf Acesso em 01 jun.2020.

²⁹ Disponível em: http://gerenciador.tjma.jus.br/app/webroot/files/publicacao/433391/anexo_3418010_online_html_27052020_2101.pdf Acesso em 01 jun.2020.

Compõe o grupo condutor da PNAISP e integra o grupo de Desinstitucionalização, composto por Analistas judiciários, equipe técnica do HCTP, que assiste a internação das pessoas em medida de segurança, IML (serviço de perícia), favorecendo a desinternação progressiva dessas pessoas.

No **Estado do Piauí**, ao longo de 04 anos, iniciaram e solidificaram o processo de ruptura da antiga cultura de execução penal, promovendo o acesso dos portadores de sofrimento mental que praticaram ato infracional ao tratamento adequado na rede pública, em substituição ao velho modelo manicomial. Entre elas, merecem destaque: (i) a elaboração dos protocolos de atendimento das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei junto as Redes de Atenção à Saúde e Secretaria de Estado da Justiça do Piauí; (ii) a criação do Programa de Cuidado Integral ao Paciente Psiquiátrico (PCIPP), selecionado na categoria Tribunal pelo Prêmio Innovare edição XIV – 2017³⁰; (iii) o fechamento do Hospital Penitenciário Valter Alencar com desinternação de todos os pacientes em cumprimento de medida de segurança; (iv) a construção publicação do Provimento nº09/2016 da Corregedoria Geral de Justiça do Tribunal de Justiça do Piauí; (v) a avaliação biopsicossocial de 157 pessoas, por meio do Projeto Terapêutico Singular; (vi) a contribuição de maneira efetiva no avanço do processo de desinstitucionalização no Piauí, com inserção de pessoas nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) existentes e implantação de mais uma SRT; (vii) a inserção dos pacientes no Programa de Volta para Casa; (viii) o protagonismo do papel das EAPs junto às RAS; (ix) a participação da EAP no Grupo Condutor Estadual da RAPS e no Grupo Condutor Estadual da PNAISP.

No **Estado de Pernambuco**, a implementação da EAP se deu em setembro de 2019 e enfrentou o desafio de provocar a política pública para dar solução de moradia às pessoas com transtornos mentais, cujas medidas de segurança de internação foram convertidas em tratamento ambulatorial e o juízo da execução expedira ordens de desinternação, mas que continuavam privadas de liberdade por não terem para onde ir. Após a EAP, identifica-se importante incremento no número mensal de desinternações e efetividade das decisões jurisdicionais que já atingiram 102 pessoas, as quais retornam ao convívio familiar ou passaram a ocupar vagas de moradia nos Serviços Residenciais Terapêuticos.

Em Pernambuco, a EAP, ainda, provocou maior diálogo da interface da saúde mental dentro da PNAISP, além das articulações no território e com a justiça. Deu-se, também o resgate do Grupo de Trabalho intersetorial entre saúde, segurança e justiça, do HCTP, com

³⁰ Disponível em <https://www.premioinnovare.com.br/pratica/programa-de-cuidado-integral-do-paciente-psi-quiatrico-pcipp/print> Acesso em 03 jun.2020.

desdobramento de diversas reuniões técnicas e sistemáticas com a participação da Defensoria Pública e do Ministério Público na discussão de casos e assunção de responsabilidade para os respectivos encaminhamentos.

Destaque-se também: (i) a discussão de estratégias de reduzir fluxo de transferência de pessoas privadas de liberdade de outras unidades prisionais para o HCTP; (ii) a realização de matriciamento das equipes EABP no acompanhamento as crises psiquiátricas; (iii) a execução de atividades de educação permanente sobre saúde mental e justiça criminal envolvendo atores do SUS (profissionais e gestores) e do sistema de justiça, por meio de seminário estadual e oficinas nas regiões de saúde; (iv) e ainda, a produção de material educativo (cartilha) e científico (artigos) sobre a temática da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, na lógica da educação em direitos humanos.

A revogação do Capítulo III e Anexos 3 e 4 do Anexo XVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e da Portaria GM/MS nº 95, de 14 de janeiro de 2014 também traz consequências sem precedentes para os outros Estados da Federação, que ainda não haviam implantado o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei no âmbito do SUS. A importância dessas normas está no reconhecimento de que a população internada nos manicômios judiciários do país deveria encontrar na Política Nacional de Saúde Mental a orientação para seu tratamento, representando um avanço na ampliação de novos indicadores de diretrizes para repensar a política de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, alcançando a grande maioria das pessoas ainda encarceradas nessas instituições.

Ressalte-se que alguns estados já vinham construindo projetos e políticas estaduais de atenção integral à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, como é o caso do Espírito Santo, da Paraíba e do Rio Grande do Sul, em sintonia com as referidas normas do Ministério da Saúde, além da normativa do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) e do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) relacionadas à matéria.

Por exemplo, com a publicação da Portaria nº 001/2019, em 12 de dezembro de 2019, pelo Tribunal de Justiça da Paraíba (TJ-PB), foi instituído o Grupo Interinstitucional de Trabalho e Estudos Interdisciplinares em Saúde Mental (GITIS), através do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Penitenciário (GMF) do TJ-PB. Este Grupo de Trabalho é integrado pelo Poder Judiciário (GMF/TJ-PB e Vara de Execução Penal); pela Defensoria Pública do Estado da Paraíba; pelo Ministério Público da Paraíba; por órgãos do Poder Executivo estadual e municipal (Secretarias de Estado da Saúde e da Administração

Penitenciária; Coordenações de saúde mental do estado da Paraíba e do município de João Pessoa; Penitenciária de Psiquiatria Forense); universidades (Universidade Federal da Paraíba e Universidade Federal de Campina Grande); Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura na Paraíba; especialistas em saúde mental; e atores da sociedade civil organizada. Desde então, este Grupo vem elaborando o Plano Estadual de Atenção às Pessoas em Sofrimento Mental em Conflito com a Lei, de acordo com a Portaria Interministerial nº 1/MS/MJ, de 2 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), e com a Portaria GM/MS nº 95, de 14 de janeiro de 2014, que institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei no âmbito do Sistema único de Saúde.

Sendo assim, observa-se o esforço de diversas instâncias nesse estado para a implantação de uma política de saúde considerada fundamental para redirecionar o cuidado em saúde mental das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, de acordo com as normativas do CNPCP e do CNJ³¹. Esta atuação vinha sendo construída para subsidiar o Grupo Conductor Estadual, que já existe na Paraíba, na elaboração de uma estratégia estadual para a atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei que contribua para a sua implementação, tudo de acordo com as diretrizes das Portarias GM/MS nº 94 e 95, de 14 de janeiro de 2014, ora revogadas. Vale destacar que o Governo do Estado da Paraíba já realizou a adesão à PNAISP, o que demonstra que todos os passos para a implantação da EAP já estavam sendo dados. Nesse sentido, não há como prescindir do incentivo financeiro federal previsto nos referidos normativos, para a implantação da EAP na Paraíba.

Em outros estados, ainda, a Portaria GM/MS n. 94/2014, desde sua edição provocou o redirecionamento do atuar das instituições do sistema de justiça para que a RAPS fosse convocada – desde o primeiro momento da privação de liberdade – às funções de cuidado com a pessoa com deficiência psicossocial. No **Rio de Janeiro**, por exemplo, mesmo em não tendo sido implementado o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, a simples previsão legal tem sido utilizada como fundamento de pedidos dirigidos ao Poder Judiciário para que convoque a RAPS, a fim de solucionar as questões atinentes ao território. A Portaria GM/MS n. 94/2014

³¹ O CNPCP editou resoluções nos anos de 2004, 2010 e 2014 (Resolução nº 5, de 4 de maio de 2004; Resolução nº 4, de 30 de julho de 2010; e Resoluções nº 1 e 2, de 10 de fevereiro de 2014;) que determinam que na execução da medida de segurança devem ser observados os princípios estabelecidos pela Lei 10.216/2001, com o tratamento e cuidado em saúde mental realizado nos serviços substitutivos em meio aberto. O CNJ editou a Resolução nº 113/2010 e a Recomendação nº 35/2011, que orientam as/os juízas/es a adotarem a política antimanicomial na execução da medida de segurança.

foi invocada para fundamentar ato normativo do gestor penitenciário estadual que regulamentou a entrada de profissionais de saúde da Rede de Atenção Psicossocial nos estabelecimentos penais e hospitalares da SEAP/RJ, furando o bloqueio que historicamente³² foi erigido contra os profissionais da saúde dentro dos muros penitenciários. Trata-se da Resolução SEAP n 653, de 06 de fevereiro de 2017, modificada em 12 de novembro de 2019 pela Resolução SEAP n. 795 para melhorar o trâmite do pedido de visita do usuário da RAPS, privado de liberdade.

Enumere-se, ainda, a articulação, desde a audiência de custódia, desde o processo de conhecimento, com a RAPS, vez que o sistema de justiça passou a demandar dela Projeto Terapêutico Singular em relação a cada caso, porque se compreendeu que – mesmo sem EAP instalada – “é considerada beneficiária do serviço [psicossocial] a pessoa que, presumidamente ou comprovadamente, apresente transtorno mental e que esteja em conflito com a Lei, sob as seguintes condições: com inquérito policial em curso, sob custódia da justiça criminal ou em liberdade; ou, com processo criminal, e em cumprimento de pena privativa de liberdade ou prisão provisória ou respondendo em liberdade, e que tenha o incidente de insanidade mental instaurado; ou em cumprimento de medida de segurança; ou sob liberação condicional da medida de segurança; ou, com medida de segurança extinta e necessidade expressa pela justiça criminal ou pelo SUS de garantia de sustentabilidade do projeto terapêutico singular” (artigo 2º).

EAP: uma possibilidade frente à pandemia nas unidades prisionais

Na medida em que o Brasil progride para o topo do ranking em casos confirmados e óbitos relacionados à COVID-19, em razão do que as unidades federativas já decretaram estado de calamidade pública, as ações em saúde devem ser prioritárias. Considerando que a incidência dos casos na população carcerária brasileira também promove a ascensão do país aos primeiros lugares no mundo, a política de saúde prisional – em todas suas estratégias – caracteriza-se por ser, duplamente, um conjunto de ações de ouro, a serem executadas com generosidade e inteligência. A população encarcerada com transtornos mentais padece de uma terceira ameaça, dado o estigma e a violência institucional que sofre em condição de subcidadania. Além disso, as medidas sanitárias adotadas pelas autoridades judiciais e penitenciárias (tais como a suspensão de visitas e de audiências) aumentam

³² Para ser compreendida a colocação, há que se registrar que no Rio de Janeiro, a área de saúde penitenciária nasceu dissociada do SUS.

consideravelmente o sofrimento psicossocial de todas as pessoas privadas de liberdade, podendo as EAPs ser convocadas a prestar suporte ou matriciamento às EABPs. Assim, a EAP é estratégia superlativa, devendo jamais ser, sobretudo nesse momento, negligenciada ou silenciada, caracterizando-se, ademais, responsabilidade humanitária.

Conclusão

Pelo exposto, as instituições públicas: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, Defensoria Pública do Estado de Pernambuco, Defensoria Pública do Estado do Maranhão, Defensoria Pública do Estado da Bahia, Defensoria Pública do Estado da Paraíba, Defensoria Pública do Estado do Espírito Santo, Defensoria Pública do Estado do Paraná, Defensoria Pública do Estado do Piauí, Defensoria Pública do Estado de Santa Catarina, Defensoria Pública do Estado do Tocantins, Defensoria Pública do Rio Grande do Sul, Defensoria Pública do Pará, Defensoria Pública de Goiás, Defensoria Pública de Alagoas, Defensoria Pública do Ceará, Núcleo Especializado de Situação Carcerária da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, Núcleo de Execuções Penais da Defensoria Pública do Distrito Federal, Núcleo de Ações Institucionais e Estratégicas da Defensoria Pública do Mato Grosso do Sul, Coordenadoria Criminal de 2º grau da Defensoria Pública do Mato Grosso do Sul e Defensoria Pública da União, assim como as demais Defensorias Públicas do Brasil, por intermédio de seu Colégio de Defensores Públicos Gerais – CONDEGE.

E as instituições da sociedade civil: Associação Nacional de Defensores e Defensoras Públicas – ANADEP, Associação Brasileira de Saúde Mental – ABRASME, Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, Instituto Brasileiro de Ciências Criminais – IBCCrim, Instituto de Estudos da Religião – ISER, Centro de Estudos e Pesquisa em Epidemiologia Psiquiátrica (CEPEP) do PPGSC/UFES, Clínica de Direitos Fundamentais da Faculdade de Direito da UERJ, Diretório Acadêmico de Psicologia da UFPE - Gestão Candiêro, Diretório Acadêmico de Souza Filho – Direito/UFPE , DES'MEDIDA: SAUDE MENTAL e direitos humanos - Por um Acompanhar na Rede. Programa de Extensão da UFRGS, Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Sociedade Punitiva, Justiça Criminal e Direitos Humanos - Profa. Andrea Almeida Torres (GEPEX.dh - Profa. AAT) UNIFESP, Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania da UFPB, Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial- LAPS/ENSP/Fiocruz, Laboratório de Direitos Humanos da UFRJ – LADIH, NUPPSAM- Núcleo de Pesquisas em Políticas

Públicas de Saúde Mental. Instituto de Psiquiatria/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Núcleo Transdisciplinar Subjetividades, Violências e Processos de Criminalização - TRANSCRIM/UFF, Rede Nacional de Observatórios de Direitos Humanos, Saúde, Justiça - REDE ODH, Observatório de Direitos Humanos do Sul-Fluminense – UFF, Observatório de Direitos Humanos, Saúde, Justiça do Espírito Santo - ODHES (UFES), Observatório Nacional de Saúde Mental, Justiça e Direitos Humanos (UFF), OPDH – Observatório Popular de Direitos Humanos de Pernambuco, Programa Universidade Aberta à Loucura- UAL Grupo de pesquisa -intervenção em Saúde Mental e Justiça- GPISMJ, Associação Brasileira de Juristas pela Democracia – ABJD, Associação de Juízes pela Democracia – AJD, Associação Juízes pela Democracia – ES, ABRATO - Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais, Comissão de Direitos Humanos da OAB-RJ, Conselho Federal de Psicologia, Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul - CRP07/RS, Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro - CRP/RJ, Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal - CRP01/DF, Conselho Regional de Psicologia de Pernambuco - CRP02/PE, Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais - CRP04/MG, Conselho Regional de Psicologia de São Paulo - CRP06/SP, Conselho Regional de Psicologia do Paraná - CRP08/PR, Conselho Regional de Psicologia do Mato Grosso do Sul - CRP14/MS, Conselho Regional de Psicologia de Alagoas – CRP15/AL, Conselho Regional de Psicologia do Espírito Santo - CRP16/ES, Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Norte - CRP17/RN, Conselho Regional de Psicologia de Sergipe - CRP19/SE, Conselho Regional de Psicologia do Piauí - CRP21/PI, Conselho Regional de Psicologia de Rondônia e Acre - CRP24/RO e AC, Conselho Regional de Psicologia do Maranhão - CRP22/MA, Conselho Regional de Medicina de Pernambuco – CREMEPE, Federação Nacional dos Psicólogos, Comitê Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Ceará, Comitê Estadual de Combate e Prevenção a Tortura em Pernambuco CECPT/PE, Comitê Estadual para a Prevenção e Erradicação da Tortura no Espírito Santo - CEPET/ES, Fórum Justiça, Movimento Nacional da Luta Antimanicomial – MNLA, Rede Nacional Internúcleos de Luta Antimanicomial – RENILA, Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas – ABRAMD, Associação Brasileira de Estudos e Prevenção de Suicídio – ABEPS, Associação dos Amigos do CAIS, Associação Inclui Mais, Associação Loucos Por Você Minas Gerais, ASSUMA Alagoas, ASSUMPI - Associação de usuários, familiares e amigos da saúde mental de Palmeiras dos Índios – AL, ASUSSAM - Associação de Usuários dos serviços de saúde Mental - Minas Gerais, CBLA - Coletivo Baiano de Luta Antimanicomial, Central de Cooperativas Unisol Brasil, Círculo Palmarino – ES, Coletiva Mana a Mana – PE, Coletivo MUDA – Diretório Acadêmico do

Curso de Direito/Unicap, Comissão Pastoral da Terra de Pernambuco, Fórum de Mulheres de Pernambuco - FMPE, Fórum Capixaba de Lutas Sociais, Fórum Capixaba em Defesa da Saúde Pública, Fórum Cearense da Luta Antimanicomial, Fórum de Saúde Mental de Maceió, Fórum Gaúcho de Saúde Mental – FGSM, Fórum metropolitano sobre drogas – ES, Fórum Mineiro de Saúde Mental, Fórum Permanente de Saúde no Sistema Penitenciário do RJ, Fórum Popular da Saúde Mental do ABCDMRR, Frente da Luta Antimanicomial da Baixada Santista, Frente Estadual Antimanicomial São Paulo – FEASP, Frente Estamira de CAPS - Resistência e Invenção. Rio de Janeiro, RJ, Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos, Frente RJ Em Defesa do SUS e da Reforma Psiquiátrica, GAJOP - Gabinete de Assessoria Jurídica às Organizações Populares, Grupo Além das Grades – PE, Grupo Intercambiantes Brasil – UFBA, Grupo Robeyoncé de Extensão Universitária – PE, Instituto Elimu Professor Cleber Maciel, Instituto Negra do Ceará- INEGRA, Liberta Elas – PE, Movimento Nacional de Direitos Humanos – MNDH, Movimento Nacional de Direitos Humanos – ES, Movimento Nacional de Mulheres Negras/ES, Movimento Pró Saúde Mental do Distrito Federal, Núcleo da Luta Antimanicomial/ES, Núcleo de Assistência Jurídica Popular – Najup UFPE, Núcleo de Estudos pela superação dos Manicômios - Bahia – NESM, Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial - Libertando Subjetividades, de Pernambuco, Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial do MNLA NEMLA RJ, Ong Sã Consciência, Plataforma Brasileira de Política de Drogas, Projeto Transversões (Projeto Integrado de Pesquisa e Extensão “Saúde Mental, Desinstitucionalização e Abordagens Psicossociais”) - Escola de Serviço Social da UFRJ)

Psicanalistas Unidos pela Democracia, Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas – RENFA, Serviço Ecumênico de Militância nas Prisões – SEMPRI, Sindicato dos (as) Psicólogos (as) de São Paulo, Sindicato dos Metalúrgicos do ABC, THEMIS - Gênero, Justiça e Direitos Humanos, União de Negros Pela Igualdade - UNEGRO/ES.

RECOMENDAM que seja revogada a Portaria GM/MS no 1.325, de 18 de maio de 2020, a fim de que a norma repristinatória que ora se reivindica, restabeleça o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei e seu respectivo custeio.

Rio de Janeiro, 03 de junho de 2020.

Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. DEPEN. Levantamento Nacional De Informações Penitenciárias (INFOPEN). 2019. Online. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-analiticos/br/br>. Acesso em 03 jun.2020.

DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2013.

MAGNO, P. F. C.; BOITEUX, L. Quando A Luta Antimanicomial Mira No Manicômio Judiciário E Produz Desencarceramento: uma análise dos arranjos institucionais provocados pela defensoria pública no campo da política pública penitenciária e de saúde mental. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 8, n. 1, 22 maio 2018.

MPF. MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DOS CIDADÃOS. **Parecer sobre Medidas de Segurança e HCTPs sob a perspectiva da Lei n. 10.216/2001**. Brasília - DF: [s.n.].

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. DOENÇAS NÃO COMUNICÁVEIS E GRUPO DE SAÚDE MENTAL. DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS. EQUIPE DE POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇOS. **Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação. Cuidar, sim - Excluir, não**. [s.l: s.n.].

VENTURA, D. **Direito e Saúde Global: o caso da pandemia de gripe A(H1N1)**. 1ª ed. São Paulo: Outras Expressões; Dobra Editorial, 2013.

JOSÉ FABRÍCIO SILVA DE LIMA

Defensor Público-Geral do Estado de Pernambuco
Presidente do Colégio Nacional dos Defensores Públicos Gerais