

# PLANO ESTADUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI DO ESTADO DA PARAÍBA



DEFENSORIA  
PÚBLICA DO ESTADO  
DA PARAÍBA



**PLANO ESTADUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL  
À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM  
CONFLITO COM A LEI DO ESTADO DA PARAÍBA**

PARAÍBA - 2021

# GRUPO INTERINSTITUCIONAL DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE MENTAL – GITIS

Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário do Tribunal de Justiça da Paraíba (GMF-TJPB)

Corregedoria Geral de Justiça do Tribunal de Justiça da Paraíba (CGJ-TJPB)

Ministério Público Federal (MPF-PB)

Ministério Público da Paraíba (MPPB)

Defensoria Pública do Estado da Paraíba (DPE-PB)

Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES/PB)

Secretaria de Estado da Administração Penitenciária da Paraíba (SEAP/PB)

Secretaria de Estado do Desenvolvimento Humano da Paraíba (SEDH/PB)

Coordenação Estadual de Saúde Mental da Paraíba

Coordenação Estadual de Saúde Prisional da Paraíba

Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba (PPF/PB)

Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (CPJM)

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba (COSEMS-PB)

Secretaria Municipal da Saúde de João Pessoa

Coordenação Municipal de Saúde Mental da Secretaria Municipal da Saúde de João Pessoa

Comitê Estadual de Prevenção e Combate à Tortura da Paraíba (CEPCT/PB)

Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura na Paraíba (MEPCT/PB)

Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania da Universidade Federal da Paraíba (LouCid-UFPB)

Núcleo de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental, Justiça e Produção de Subjetividades da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

# Sumário

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>6</b>
Fluxogramas .....	11
A. Fase de Conhecimento .....	11
B. Fase da Execução da Medida de Segurança .....	13
<b>1 - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES</b> .....	<b>14</b>
1.1 PRINCÍPIOS POLÍTICOS .....	15
1.2 DIRETRIZES POLÍTICAS .....	15
<b>2 – OBJETIVOS INSTITUCIONAIS</b> .....	<b>18</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	19
<b>3 - EIXOS</b> .....	<b>20</b>
<b>3.1 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO</b> .....	<b>21</b>
a. Estratégias de Desinstitucionalização .....	22
b. Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) .....	24
<b>3.2 PREVENÇÃO</b> .....	<b>25</b>
a. A não entrada nos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico. ....	25
b. A ruptura do ciclo de violência institucional a que está submetido o sujeito com transtorno mental em conflito com a lei em contexto de privação de liberdade. ....	26
c. A dissociação entre hipótese diagnóstica e necessidade de privação de liberdade, nos termos da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. ....	26
d. O disparo de ações de atenção psicossocial diversas da medida de segurança de internação. ....	26
e. A aproximação das ações das equipes de atenção à saúde da PNAISP (EABp e EAP) e das equipes dos serviços do Sistema Único de Assistência Social. ....	26
f. Demonstrar a necessidade desencarcerizante como condição para a garantia de direitos humanos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. ....	27
<b>3.3 FLUXO DE ATENDIMENTO</b> .....	<b>27</b>
Itinerário para Atendimento à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei .....	28
Fluxos .....	29
A. Fase de Conhecimento .....	29
B. Fase da Execução da Medida de Segurança .....	30
<b>4 - DIRETRIZES, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, METAS E AÇÕES</b> .....	<b>32</b>
<b>5 - DESCRIÇÃO DAS AÇÕES PARA EFETIVAÇÃO DO PLANO</b> .....	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>38</b>

## **APRESENTAÇÃO**

O Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei do Estado da Paraíba foi elaborado pelo Grupo Interinstitucional de Trabalho Interdisciplinar em Saúde Mental – GITIS, instituído pela Portaria nº 01/2019 do Tribunal de Justiça da Paraíba, através do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário Estadual – GMF/PB.

O Plano está dentro das diretrizes da Lei Federal nº 10.216/2001, da Recomendação nº 35/2011 e das disposições da Resolução nº 113, ambas do Conselho Nacional de Justiça, e demais conjunto normativo que disciplina a matéria; em especial, no que se refere a execução da Medida de Segurança aplicada ao inimputável (artigos 96 a 99 do Código Penal Brasileiro), criando mecanismos em sintonia com a política antimanicomial, sempre que possível, em meio aberto.

Nesse contexto, importa constar que através das Leis Federais nº 8.080/1990 e 8.142/90, foi instituída a rede de atenção à saúde mental, junto com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). As leis atribuíram ao Estado a responsabilidade de promover um tratamento em comunidade, possibilitando a livre circulação dos pacientes e não mais a internação e o isolamento, contando com serviços como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência e Cultura, Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III).

Ressaltamos, por oportuno, que o presente Plano também segue as diretrizes da Portaria Interministerial MS/MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

**Carlos Neves da Franca Neto**  
**Juiz Titular da Vara de Execuções Penais da Capital do Tribunal de Justiça da Paraíba**  
**Coordenador do GITIS**

# LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPC - Benefício de Prestação Continuada	com a Lei do Pará
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial	PSP - Programa de Saúde Penitenciária
CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas	PTS - Projeto Terapêutico Singular
CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial Álcool Infantojuvenil	PVC - Programa de Volta pra Casa
CDPD - Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência	RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
CIF - Classificação Internacional de Funcionalidades	RAPS/PB - Rede de Atenção Psicossocial do Estado da Paraíba
CNJ - Conselho Nacional de Justiça	SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNCP - Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária	SEAP/PB - Secretaria de Estado da Administração Penitenciária da Paraíba
COSEMS - Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba	SEDH/PB - Secretaria de Estado do Desenvolvimento Humano da Paraíba
CPJM – Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira	SES/PB - Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social	SRT - Serviço Residencial Terapêutico
EABp - Equipe de atenção básica prisional	SUAS - Sistema Único de Assistência Social
EAP - Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei	SUS - Sistema Único de Saúde
ECTP - Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	TJ/PB - Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba
EVCP – Exame de Verificação de Cessaçãõ de Periculosidade	UFPB - Universidade Federal da Paraíba
HCTP - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	UFCG – Universidade Federal de Campina Grande
INSS - Instituto Nacional de Seguro Social	VEP/PB - Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba
LBI - Lei Brasileira de Inclusão	
LEP - Lei de Execução Penal	
MS - Ministério da Saúde	
PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator	
PAI-PJ - Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário	
PFDC/MPF - Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal	
PPF/PB - Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba	
PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional	
PRAÇAÍ - Programa de Atenção Integral às Pessoas com Transtorno Mental em Conflito	

# INTRODUÇÃO



O Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir da luta dos movimentos sociais da Reforma Sanitária brasileira, é um marco histórico na construção de Políticas Públicas de Saúde no Brasil, ofertando à população redes de serviços em saúde na perspectiva do cuidado universal, equânime e integral. Em diálogo com a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica redirecionou o modelo de atenção às pessoas com transtorno mental e àqueles com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a partir dos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, de base territorial e comunitária.

A Reforma Psiquiátrica apresenta-se sob quatro dimensões: sociocultural, técnico-assistencial, epistemológica e político-jurídica (AMARANTE, 2007), estando a desinstitucionalização atravessada por todas elas na medida em que exprime a essência da luta antimanicomial e o desaguadouro das ações que travaram a ruptura do paradigma anterior.

A Lei n.º 10.216/2001 – conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica – é um marco legal deste modelo de cuidado, que considera o sujeito na sua singularidade em uma perspectiva biopsicossocial. Em nível estadual, a Lei n.º 7.639/2004 (PARAÍBA, 2004) dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Estado da Paraíba, fortalecendo a rede de cuidados em saúde mental e atenção psicossocial.

Atualmente, o Estado da Paraíba sustenta uma importante rede para cuidados em saúde mental que visa garantir atenção à população contemplada na legislação mencionada. As ações neste campo têm como foco atual o tratamento regionalizado, o respeito aos vínculos familiares e comunitários e a promoção de autonomia diante do próprio processo de cuidado e tratamento. Do mesmo modo, cuidar da rede é cuidar para que cada gestão, serviço e trabalhador de saúde mental possa exercer seu ofício com condições adequadas. Já cuidar em rede é realizar atenção em saúde como estratégia de garantia de direitos humanos diversos, pilares para sua autonomia.

O usuário dos serviços pode contar atualmente com os equipamentos e recursos específicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para o atendimento, conforme preconiza a Portaria GM/MS n.º 3.088, republicada em 21 de maio de 2013 (incluída na Portaria

de Consolidação n.º 03/2017). Destes serviços da RAPS/PB, a Paraíba possui 114 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 71 CAPS I (serviço para 15 mil habitantes); 09 CAPS II (serviço para 70 mil habitantes); 05 CAPS III - 24 horas (serviço para 150 mil habitantes), 06 CAPS AD (serviço para 70 mil habitantes); 11 CAPS AD III - 24 horas (serviço para 150 mil habitantes); 12 CAPS Infantojuvenis (serviço para 70 mil habitantes), 14 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); 05 Consultórios na Rua; 04 Unidades de Acolhimento; 20 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e 65 beneficiários do Programa De Volta Pra Casa (PVC).

A RAPS considera o cuidado em saúde mental em liberdade como um direito, inalienável, assegurado pela legislação vigente. Os serviços que compõem esta rede desenvolvem práticas de atenção aos usuários com e no território que estes habitam e produzem seus projetos de vida.

Contudo, é histórico o distanciamento institucional havido entre serviços de saúde e dispositivos de responsabilização criminal. Se, no contexto do cumprimento de penas, a atenção à saúde em geral tem sua estrutura precária, no âmbito das medidas de segurança, sua própria finalidade não é atingida. São diversos os motivos para o insucesso, como a compreensão jurídica acerca do cuidado em saúde mental, as capacidades institucionais locais de produzir arranjos que desloquem o cuidado do âmbito prisional para o sanitário, o atraso literário-psiquiátrico que vigora nas avaliações de alguns profissionais de leitura periculosista, a recente normatização de articulações intersetoriais como condição necessária para a garantia de direitos com vista à autonomia etc. Nesse momento, todavia, vale destacar a inocuidade latente nas normas penais com relação a real necessidade do sujeito, invisibilizada frente ao espírito social representado por uma discursividade que atrela loucura à violência.

Se essa falsa relação subsistiu por mais de século no país – e, em outra escala temporal, na Paraíba não foi diferente –, foi o sistema penal que se manteve autocentrado ao cegar-se para novas possibilidades de leitura acerca dos distintos modos de sofrimento psíquico. Se vigorou – e ainda vigora com pujança – a

perspectiva segundo a qual a loucura enseja o ato violento, o ato socialmente indesejado, por vezes, metonimicamente significando um crime, então, o caminho é abreviado ao se denotar a loucura como objeto de intervenção estatal. A primeira medida interventiva nesse campo psi-jurídico é a criminalização da loucura, tornando-a manifestação vindoura de um delito, graças à virtualidade atribuída ao comportamento do sujeito. Nesse sentido, a localização galgada pelo estado paraibano em primeiro dentre todos no que tange à taxa de cobertura pela RAPS não necessariamente afastou as práticas manicomiais no âmbito criminal.

Criada pelo Decreto-lei n.º 471/1943, a Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba (PPF/PB) tinha como finalidade a internação dos “delinquentes irresponsáveis”, destinados a “secção do estabelecimento que convier á natureza dos estudos mentais verificados e á orientação terapêutica respectiva” (PARAÍBA, 1943). Vê-se, com candente explicitude, o grau de centralidade que os profissionais e os estudos mantinham no processo de cuidado: o melhor local terapêutico era o local que melhor aprovesse para o desenvolvimento dos estudos dos médicos envolvidos. Trata-se de um relevante exemplo de distinção entre o paradigma que orientava as práticas manicomiais - lógica centrada no serviço e suas conveniências administrativas - e as atuais posturas antimanicomiais - lógica centrada no sujeito e seus desejos para autonomia.

Dentre muitas diferenças marcantes entre as eras históricas de atenção à loucura no Brasil, essa veicula um viés de fundamental importância para a compreensão desse Plano: não basta que as instituições de justiça e executivas sigam a legislação penal para proporcionar o cumprimento da sentença judi-

cial, é necessário que, antes dessa - e para tal - decisão, outros elementos entrem em cena, sobretudo aqueles que garantam direitos para autonomia, denotem desejos, trajetórias e potência dos sujeitos envolvidos (em detrimento das conveniências relacionadas aos serviços e órgãos afins).

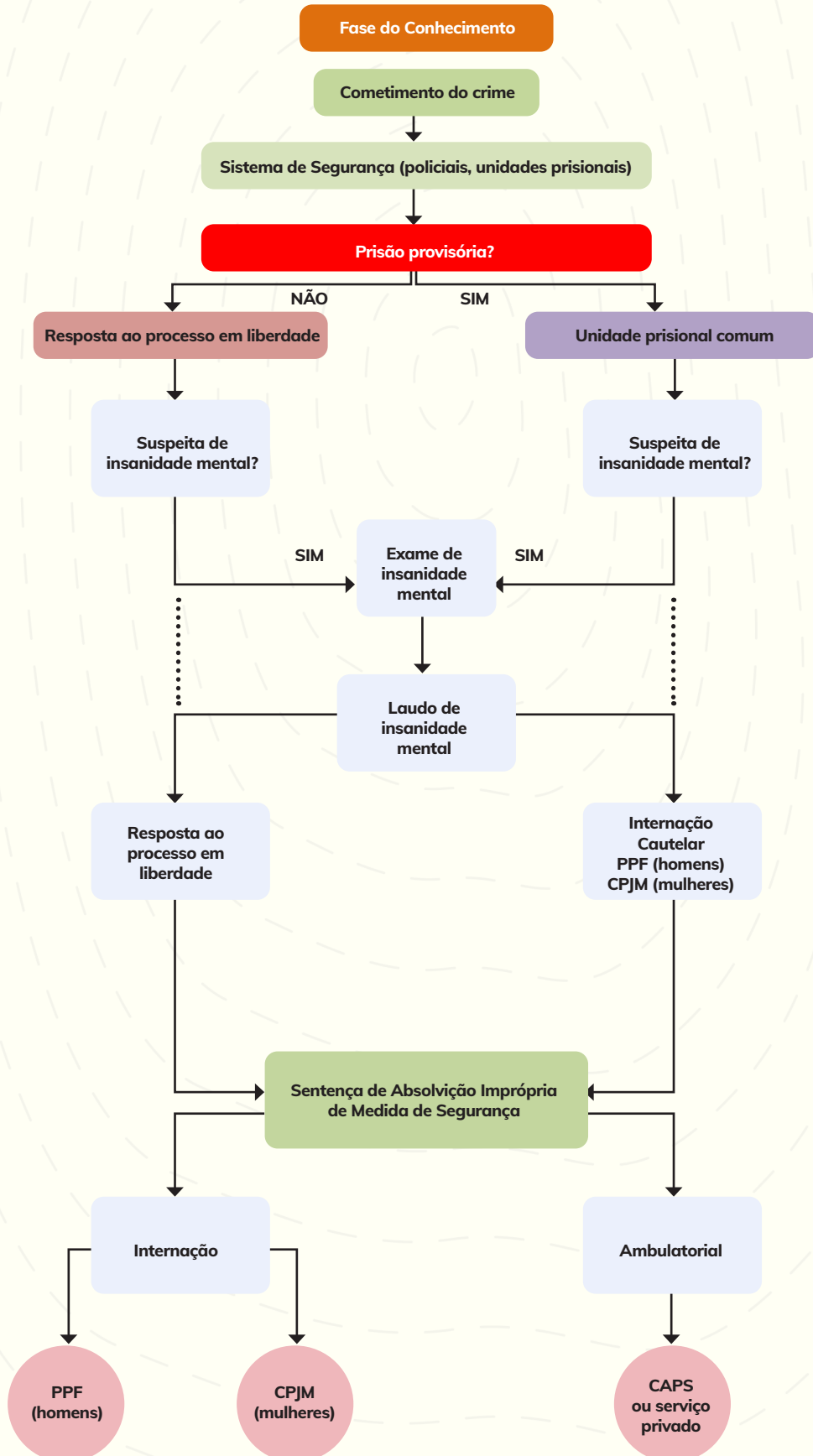
Todavia, é no plano real que pensamos o mundo ideal e, com mais parcimônia, o mínimo a ser feito para harmonizar a legislação, dado que, para além da obediência à norma penal, é imprescindível que se submetam os atos administrativos e judiciais ao crivo do marco regulatório dos direitos humanos, notadamente, as leis que garantem os direitos das pessoas com transtornos mentais e das pessoas com deficiência. Por enquanto, as práticas que sincronizam ambos marcadores são ainda invisibilizadas perante a densa onda de valorização do cárcere como método terapêutico.

De acordo com os dados levantados acerca do processo penal no estado, quando da prática de um delito, a pessoa é encaminhada para o sistema de segurança (policiais, unidades prisionais) e, se identificados sinais ou sintomas característicos de transtorno mental ou história pregressa de acompanhamento em dispositivos de saúde mental, é conduzida à Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF/PB), no caso dos homens, ou ao Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (CPJM), no caso das mulheres, ambos localizados no município de João Pessoa. No que diz respeito às pessoas privadas de liberdade, encarceradas nas unidades prisionais do Estado, em algumas situações de crise, é realizado o encaminhamento para a PPF/PB e CPJM, para avaliação e acompanhamento em saúde mental. São procedimentos comuns conforme tratam os fluxogramas a seguir.

# Fluxogramas

## A. Fase de Conhecimento

### A.1 Paradigma manicomial e biomédico



Conforme se depreende do fluxograma, a tônica no transtorno mental reorganiza o sistema penal invocando o que há de mais híbrido em seu interior: o hospital psiquiátrico-prisão. À exceção da abolição do sistema duplo-binário - em favor do atual vicariante - o modelo de medida de segurança não sofre mudanças significativas desde sua fundação no Código Penal de 1940. Pari-passu, os estabelecimentos penais-psiquiátricos destinados ao cumprimento da reprimenda tampouco avançaram com a mesma velocidade das conquistas constitucionais brasileiras.

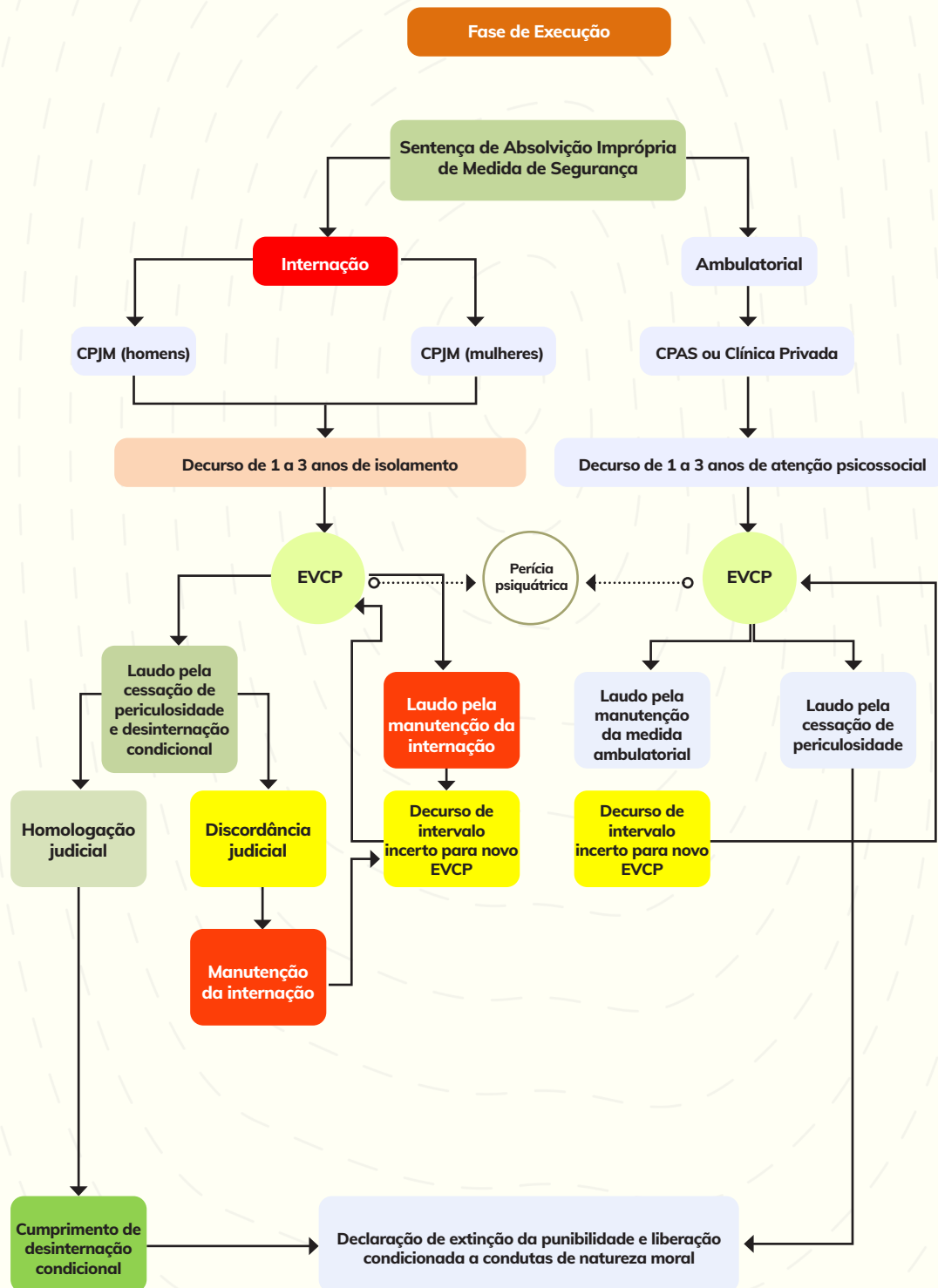
Portanto, o percurso indicado no fluxograma é naturalizado como um circuito necessário em nome da defesa social, com o fim de selecionar sujeitos aos quais se atribui, em razão de um fato pretérito, um comportamento perigoso futuro. Desde a fase do conhecimento, em evidente confusão normativa, há possibilidade de se aplicar internação na modalidade cautelar, o que invoca a seguinte questão: ainda que esteja o sujeito diagnosticado com transtorno mental, como pode ser contido penalmente enquanto não há resolução probatória acerca de sua autoria? E outra: caso os requisitos para uma prisão preventiva estejam contemplados,

por que cabe internação se a demanda, enquanto não prolatada a sentença judicial, é por custódia, e não por tratamento? Fato é que o legislador federal não se ateve a essa incongruência processual.

Com isso, vem a possibilidade de se afirmar a periculosidade do sujeito - em laudo pericial - antes mesmo de se confirmar sua autoria, o que se dá somente ao final do processo de conhecimento. Nessa fase do conhecimento, enquanto o circuito está provido de enfoque exclusivamente acerca da relação da loucura com o crime, não se produzem, com a mesma urgência, articulações intersetoriais junto aos serviços de saúde, assistência social, educação, habitação para se contemplar, de fato, as necessidades do sujeito que, talvez, tenham até mesmo colaborado para o surto; não se investe energia institucional na construção de saberes e práticas em torno do fortalecimento da convivência familiar e comunitária. Poucas experiências positivas, a rigor, permitem dizer que se trata, de fato, de exceção ao curso do processo penal, que, no mais das vezes, mesmo quando finalizado com brevidade, é intempestivo em relação à necessidade de atendimento à eventual crise psíquica que tenha acompanhado o cometimento do delito.

## B. Fase da Execução da Medida de Segurança

### B.1. Paradigma manicomial e biomédico



# 1 – PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

“O atendimento de saúde mental deve estar disponível para toda pessoa que dele necessite. Todo tratamento de pessoas acometidas de deficiência mental deve se destinar ao melhor interesse do paciente, deve ter por objetivo preservar sua dignidade e sua autonomia, reduzir o impacto da doença e melhorar sua qualidade de vida.” (CORTE IDH, 2006, p. 29)

Considerando as disposições da Lei n.º 10.216/2001, que redireciona a assistência em saúde mental no Brasil, privilegiando o cuidado e o tratamento em serviços de base territorial e comunitária, e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento mental;

Considerando a Lei estadual n.º 7.634/2004, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica do Estado da Paraíba;

Considerando a Convenção Internacional

sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada pelo Decreto n.º 6.949/2009;

Considerando a Lei Brasileira de Inclusão – Lei federal n.º 13.146/2015, que internaliza e detalha os dispositivos de garantia de direitos da pessoa com deficiência previstos na referida Convenção, o presente Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei do Estado da Paraíba estabelece os seguintes princípios e diretrizes:

## 1.1 PRINCÍPIOS POLÍTICOS

- a) a centralidade da proteção dos direitos humanos das pessoas em sofrimento mental;
- b) a existência do sofrimento mental não pode justificar a privação de liberdade;
- c) a vedação de internação de pessoas em sofrimento mental em instituições manicomialis ou com características asilares;
- d) a pactuação de ações por parte dos diferentes atores sociais, a fim de melhorar o estado de saúde mental da população e a sua qualidade de vida;
- e) a efetiva extensão da atenção psicossocial oferecida pelo Sistema Único de Saúde às pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei;
- f) a implantação do processo de desinstitucionalização de pessoas com longas internações na Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba;
- g) a necessidade de construir redes de apoio junto aos serviços e políticas públicas sociais que substituam a internação na Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba;
- h) a matricialidade sociofamiliar do cuidado, constituída da centralidade não apenas na família imediata, mas também nos laços mediatos e comunitários;
- i) o reconhecimento da capacidade legal da pessoa com deficiência;
- j) o reconhecimento da autonomia e da liberdade das pessoas sobre o próprio corpo.

## 1.2 DIRETRIZES POLÍTICAS

- a) a garantia dos direitos fundamentais e sociais previstos na Constituição Federal de 1988;
- b) o cuidado em saúde mental centrado na liberdade das pessoas em sofrimento mental;
- c) a garantia da aplicação da política nacional de saúde mental, oriunda da Lei n.º 10.216/2001, para as pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei;
- d) a extinção da internação de pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei na Penitenciária de Psiquiatria Forense, de acordo com os princípios da Lei n.º 10.216/2001, mediante a construção de soluções jurídicas, clínicas e sociais para essas pessoas, no período em que mantiverem relações com o Sistema de Justiça Criminal;

- e) o acompanhamento psicossocial integral das pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei no curso dos processos criminais, sem qualquer violação dos direitos humanos;
- f) a comunicação permanente entre os órgãos do Sistema de Justiça e os serviços de políticas públicas sociais para o devido atendimento das pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei, visando a integralidade do cuidado;
- g) a adoção de medidas adequadas às circunstâncias do fato praticado, respeitando as singularidades biopsicossociais da pessoa em sofrimento mental em conflito com a lei;
- h) a criação de um núcleo interdisciplinar junto ao Tribunal de Justiça da Paraíba para auxiliar juízes/as nos casos que envolvam pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei;
- i) a priorização da atenção à crise no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial;
- j) a garantia e ampliação da atenção 24 horas às situações de crise em saúde mental, assegurando o atendimento às emergências em unidades gerais 24 horas, prontos socorros gerais/pronto atendimento, hospitais gerais e Centros de Atenção Psicossocial III;
- k) o fortalecimento de parcerias e interlocução entre a Rede de Atenção Psicossocial e a Atenção Básica, unidades gerais 24 horas, SAMU 192 e serviços de segurança pública que operam nas intervenções de emergência, garantindo a atenção cuidadosa e ágil às pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei;
- l) o acesso aos serviços e políticas públicas sociais pelas pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei;
- m) a manutenção e o resgate dos laços sociais das pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei;
- n) o estabelecimento de dispositivos interinstitucionais e intersetoriais, com a participação do Estado e da sociedade civil, para maior garantia dos direitos das pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei, a partir da articulação entre as políticas públicas sociais;
- o) a oferta de atividades de educação permanente em saúde mental para profissionais da Rede de Atenção Psicossocial, da Rede de Assistência Social e do Sistema de Justiça;
- p) o investimento, pela Secretaria de Estado da Saúde, na qualificação dos serviços e componentes da Rede de Atenção Psicossocial, com relação ao atendimento das pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei;
- q) o acompanhamento intersetorial integral às pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei que não possuem laços familiares e, particularmente, não estão vinculadas a um território definido;
- r) o investimento no processo de desinstitucionalização de pessoas com longas internações na Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba;
- s) a implantação de novos Serviços Residenciais Terapêuticos, com vagas destinadas às pessoas que cumpriram medida de segurança e não possuem residência e vínculos familiares, com o devido acompanhamento pela equipe de saúde mental;
- t) a garantia e ampliação do acesso ao Programa de Volta para Casa para as pessoas em sofrimento mental que cumpriram medida de segurança de internação que dele precisem;
- u) o acesso aos serviços de saúde mental através de equipes multiprofissionais itinerantes que realizem ações de atenção psicossocial nos municípios onde não existem ações de cuidado em saúde mental;
- v) a realização de perícias/avaliações biopsicossociais das pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei por equipes interdisciplinares, com base na Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF);
- w) a construção de protocolos junto aos órgãos estaduais responsáveis pelas perícias para o pronto atendimento das pessoas que sejam encaminhadas para a realização do exame de sanidade mental e de cessação de periculosidade;
- x) a promoção da inclusão social das pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei, incluindo aquelas egressas da Penitenciária de Psiquiatria Forense moradoras de Serviços Residenciais Terapêuticos, com prioridade nos programas e políticas públicas, tendo em vista a sua vulnerabilidade e o processo histórico de exclusão social;



y) a implementação de estratégias para acolher questões de diversidade sexual e de gênero, raça/cor e etnia e geração, para que se incorporem como referências na Rede de Atenção Psicossocial, visando o enfrentamento aos processos de discriminação e de outros processos macroestruturais de ampla exclusão social;

z) a regulamentação de recursos financeiros destinados ao acompanhamento intersetorial integral às pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei, a ser garantido pelas três esferas governamentais – municipal, estadual e federal;

aa) a articulação deste Plano Estadual de Atenção Integral com as instituições de ensino superior para a promoção de atividades integradas junto aos usuários, familiares e profissionais dos serviços de saúde mental, que incidam nos currículos de graduação de todas as profissões das áreas da saúde e do direito;

ab) a prescindibilidade dos serviços de saúde na centralidade do cuidado, devendo-se ampliar as possibilidades para a rede intersetorial;

ac) o assessoramento técnico e incentivo financeiro para ações de reabilitação psicossocial, sobretudo de inclusão no mundo do trabalho e geração de renda;

ad) o incentivo à adoção da Tomada de Decisão Apoiada em qualquer etapa relativa à institucionalização ou desinstitucionalização das pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei.

# 2 – OBJETIVOS INSTITUCIONAIS

## 2.1 OBJETIVO GERAL

Criar o Programa de Atenção Integral à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei do estado da Paraíba, pautado nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira e do modelo social da deficiência.

## 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Efetivar as ações de redirecionamento do modelo de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei no estado da Paraíba, previstas em cada eixo deste Plano;
- Promover a articulação de programas e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e de direitos humanos, por meio da pactuação permanente entre gestores/as, para efetivação de ações de desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei no estado da Paraíba;
- Realizar processos de educação permanente dos profissionais dos Sistemas de Saúde, Assistência Social, Administração Penitenciária, Segurança Pública e Justiça para orientação acerca de diretrizes, conceitos, métodos para atenção e cuidado à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei;
- Propor a formulação e/ou alterações necessárias no âmbito legislativo e das políticas públicas para o redirecionamento do modelo de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei no estado da Paraíba, à luz da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência;
- Apoiar estudos e pesquisas sobre a aplicação e a execução das medidas de segurança no estado da Paraíba, de modo que possam contribuir para a efetivação do Programa de Atenção Integral à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

# 3 – EIXOS

## 3.1 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

A desinstitucionalização é a categoria orientadora do processo em curso da Reforma Psiquiátrica que representa a negação da loucura como doença e, por consequência, propõe o desmonte da lógica manicomial, dos dispositivos que lhe dão sustentação e lhe são constitutivos, como saberes, instituições, legislações, práticas etc. Ao convidar a sociedade a envolver-se neste processo, ela questiona o mandato social da psiquiatria de atuar coercitivamente para curar/isolar a doença e sua periculosidade correlata, para a transformação do estatuto social da pessoa em sofrimento mental com foco na produção de saúde e invenção de vida.

Ao propor a desconstrução e superação da instituição manicomial carcerária, a desinstitucionalização compreende a “doença mental” como objeto fictício que alimenta práticas de isolamento, tutela e violência. Importante adiantar que não se trata, aqui, de negar a existência de sofrimento, mas sim de sua classificação como doença e os efeitos decorrentes da estigmatização. Esse movimento reformista sugere o reconhecimento das pessoas enquanto sujeitos que sofrem, sempre em relação ao corpo social, mas que podem viver bem a partir da construção de relações e conexões que devem ser estabelecidas em

liberdade com elas e entre elas e a sociedade a partir do acesso aos programas e políticas públicas nos seguintes campos: trabalho e renda, moradia, assistência social, justiça, educação, segurança alimentar, transporte, previdência social, cultura, esporte e lazer, segurança pública etc.

Por tais fatores, a desinstitucionalização convoca a todos e todas a assumirem a responsabilidade comum do cuidado em liberdade da pessoa com transtorno mental, ou seja, cuidado a ser produzido em qualquer lugar do campo social, admitindo-a como pessoa capaz de reciprocidade na sociedade contratual (SILVA, 2015). De tal modo, é uma categoria que engloba todo o processo de reorientação do modelo de cuidado em saúde mental e, por isso, figura como primeiro Eixo estruturante deste Plano.

Como consequência deste processo complexo, a desinstitucionalização intenta a abertura para invenção contínua e incessante de novas práticas e novas formas para a sociedade e o Estado lidarem com a loucura como existência-sofrimento, dimensão humana instável que passa a exigir um processo contínuo de reinvenção de suas práticas. Entretanto, importante frisar que ela diferencia-se de dois outros processos:

**a) Desospitalização:** limitada a mudanças estruturais que não visam à transformação do modelo técnico assistencial de atenção à saúde mental, mas à reificação de um saber, suas práticas correlatas e manutenção das relações de poder, concretiza-se com a desinternação da pessoa, sem significar a garantia de uma rede de atenção extra-muros e ações de produção de autonomia.

**b) Transinstitucionalização:** resulta na manutenção de condições de segregação, controle, abandono e cronificação, por meio da transferência do sujeito de uma instituição total para outra. Excepcionalmente, a transinstitucionalização também pode ser adotada como estratégia - portanto, rigorosamente temporária - para diminuição da precariedade da internação de determinada população encontrada em um estabelecimento, sob um projeto de desinstitucionalização que promova a realocação desse público para outra instituição - menos precária e tornada um pólo de atenção psicossocial - enquanto a estruturação da rede substitutiva ainda esteja em passos mais lentos [ Para maior conhecimento sobre estratégias de transinstitucionalização no bojo de processos de desinstitucionalização, sugerimos observância à experiência de Sorocaba (SP), município cuja região havia sete grandes hospitais psiquiátricos e parca Rede de Atenção Psicossocial. Por esse motivo, foi necessário transferir pessoas para um hospital que sediou o Pólo de Desinstitucionalização, enquanto se reorganizava a rede substitutiva. Cf. Disponível em: <http://agencia.sorocaba.sp.gov.br/desinstitucionalizacao-leva-pacientes-psiquiatricos-de-volta-pa/>. Acesso em: 15 set. 2020.].

<sup>1</sup>Para maior conhecimento sobre estratégias de transinstitucionalização no bojo de processos de desinstitucionalização, sugerimos observância à experiência de Sorocaba (SP), município cuja região havia sete grandes hospitais psiquiátricos e parca Rede de Atenção Psicossocial. Por esse motivo, foi necessário transferir pessoas para um hospital que sediou o Pólo de Desinstitucionalização, enquanto se reorganizava a rede substitutiva. Cf. Disponível em: <http://agencia.sorocaba.sp.gov.br/desinstitucionalizacao-leva-pacientes-psiquiatricos-de-volta-pa/>. Acesso em: 15 set. 2020.

Tendo em consideração que retirar as pessoas das instituições manicomialmente carcerárias não promove, por si só, a ruptura com a lógica de abandono e controle, e que é preciso enfrentar a produção de situações que vulnerabilizam, reagudizam sintomas e promovem crises com possibilidade de reincidências, bem como os chamados manicômios mentais (PELBART, 2003), a Reforma Psiquiátrica antimanicomial propõe cumprir a desinstitucionalização através de quatro dimensões anteriormente mencionadas: sociocultural, técnico-assistencial, epistemológica e político-jurídica.

Para alcançar as duas primeiras dimensões, foram desenvolvidas estratégias de desinstitucionalização no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde (SUS), com a criação de estruturas substitutivas aos manicômios e seus simulacros, com produção de novas práticas e relações de cuidado, restituição das condições de vida e transformação dos modos de viver com a diferença. É o que se encontra na Portaria GM/MS n.º 3.088/2011, que organiza a Rede de Atenção Psicossocial em sete componentes e vinte e dois pontos de atenção.

Dentre os componentes, a Desinstitucionalização se orienta a partir do ponto Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e do Programa de Volta para Casa (PVC), como estratégias-chave para seu andamento, sem prejuízo dos demais pontos compreendidos na rede. A Portaria GM/MS n.º 2.840/2014 cria o Programa de Desinstitucionalização, especificando formas de incentivo financeiro, etapas administrativas e conceitos basilares para sua execução. Com isso, se almeja criar oportunidades de vida para as pessoas, para que possam (re)construir vínculos sociais e constituir cidadania, a partir das estratégias de desinstitucionalização, dentro das quais

encontram-se aquelas que correspondem ao chamado Tripé da reabilitação psicossocial: moradia, renda/trabalho, socialização, e, para além destes direitos fundamentais, todas as demais que são coordenadas pela Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), visando também alcançar a ampliação da garantia de direitos sociais, mas também civis e políticos, previstos na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD).

Quanto ao avanço na dimensão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica brasileira, o artigo 12 da CDPD prevê o reconhecimento igual perante a lei da pessoa com deficiência, o que significa reconhecer sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos da vida. A norma também está inserida no artigo 84 da Lei Brasileira de Inclusão (LBI) e deve assegurar que as medidas devem veicular caráter autonomista. Necessariamente, tal inovação visa a transformar as relações de poder entre instituição e os sujeitos, na medida em que extingue a atribuição da incapacidade absoluta às pessoas com transtorno mental que entram em conflito com a lei, restituindo direitos civis, eliminando as tutelas jurídicas e o estatuto da periculosidade e reconstituindo o direito e a validação da palavra etc. O reconhecimento da capacidade legal das pessoas com deficiência impacta diretamente na figura jurídica da inimputabilidade, já que ninguém mais poderá ser considerado como completamente incapaz de entender e/ou querer, resguardando direitos e reconstituindo a capacidade de fala do sujeito.

Diante do desafio de se implantarem ações de desinstitucionalização, vamos apresentar um guia que possibilite a construção de estratégias.

#### **a. Estratégias de Desinstitucionalização**

Normas específicas de operacionalização das ações de desinstitucionalização, Portarias GM/MS n.º 3.088/2011 e 2.840/2014 (BRASIL, 2011, 2014) tratavam, respectivamente, da Rede de

Atenção Psicossocial e do Programa de Desinstitucionalização - antecipado, em linhas gerais e organizativas em rede, por aquela. Ambas estão revogadas. Atualmente, o conteúdo da primeira se encontra na Portaria de Consolidação GM/MS n.º 03/2017; a segunda, por sua vez, na Portaria de Consolidação GM/MS n.º 05/2017 e Portaria de Consolidação GM/MS n.º 06/2017.

Preservada a substância das normas, apresentam as vias de consecução das estratégias relacionadas ao redirecionamento do modelo de atenção psicossocial vocalizado na lei federal n.º 10.216/01. Expressam, assim, ações que visam ao manejo administrativo e psicossocial para a saída de moradores de hospitais psiquiátricos e de custódia simultaneamente ao desenvolvimento de redes de cuidados externas, de base comunitária, coordenada por serviços estratégicos da atenção básica (Unidade Básica de Saúde) e de média complexidade (Centro de Atenção Psicossocial). Ressaltam-se, ainda, os benefícios sócio-assistenciais e previdenciários (como o Benefício de Prestação Continuada - BPC) e de reparação de danos históricos (Programa de Volta para Casa - PVC).

A Rede de Atenção Psicossocial se organiza a partir de sete componentes e vinte e dois pontos de atenção. Como já anunciamos, um dos componentes são as Estratégias de Desinstitucionalização. Contudo, não devemos esquecer que suas ações devem estar simbioticamente ligadas às de um outro componente: a Reabilitação Psicossocial, composta por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais. Em torno desse elo, os demais componentes também são ativados a partir de seus diversos pontos de atenção, desde os serviços de atenção básica e centros de convivência (Portaria GM/MS n.º 396/2005) até os de atenção à urgência e emergência, como unidade de Pronto-Atendimento e SAMU, passando pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ponto de gravidade e coordenação estratégica de todo o processo de produção de cuidado e autonomia.

Nesse sentido é que se proclama que a reforma psiquiátrica não se realiza apenas no âmbito da saúde, mas também se cerca de outras políticas sociais e, conforme preconiza o modelo social da deficiência, as relacionadas à garantia de direitos civis e políticos, bem como os de personalidade. O advento da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (NAÇÕES UNIDAS, 2008) e da Lei Brasileira de Inclusão (LBI, 2015) - que a internalizou -, alicerçaram normativamente os caminhos anunciados nas diretrizes da reforma psiquiátrica, fortalecendo a premissa segundo a qual a pessoa com transtorno mental deve ser reconhecida em sua capacidade legal e com autonomia na tomada de decisão sobre sua vida (art. 12, CDPD e art. 84, LBI).

Esse mesmo sujeito de direitos deve ter acesso às mais diversas políticas públicas, tanto quanto qualquer outra pessoa que não esteja diagnosticada com transtorno mental e/ou processada criminalmente. Os processos de produção de autonomia, conforme verificamos nas experiências sistematizadas e literatura revisada, orientam-se pelo tripé da reabilitação psicossocial: trabalho/renda, moradia, sociabilidade (SARACENO, 1999), conforme esquematizamos abaixo.

A inserção produtiva e a geração de renda são dimensões de um novo quadro pintado pelo sujeito que deixa anos de moradia em hospital psiquiátrico e passa a se (re)inserir no mundo do trabalho. Em passos muitas vezes lento, em razão dos efeitos da institucionalização a que esteve submetido, o sujeito pode construir, com apoio dos serviços estratégicos, familiares que se reaproximam e comunidade, alianças que sustentam o entremeio, a borda de um ainda difícil viver entre os muros que o cercavam e a liberdade que lhe exige e faz promessas. Esse desenlace pode ser mais demorado para uns e menos para outras, mas todas e todos têm direito a percorrer caminhos que lhes auxiliem na tomada de decisão, proporcionem-lhes o diálogo antecipado para acordos a serem respeitados em caso de futuras crises, ativem a capacidade laboral ou reinventem novas maneiras de se envolver na cadeia produtiva.

Subsidiaram essas estratégias e dimensões as portarias já citadas bem como a Lei n.º 10.708/2003, que “institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações” (BRASIL, 2003). Denominado Programa De Volta para Casa, o auxílio financeiro é mensal e permanentemente destinados também aos egressos de hospitais de custódia. Conforme a legislação atual, é direito da pessoa egressa manter consigo a documentação e instrumentos de operação da conta bancária e acesso aos recursos

depositados, independentemente de curatela. Ao mesmo tempo, a inserção no mundo produtivo apresenta alternativas ao espaço ocupacional tradicional, que se revela, como outras dimensões da vida, violento perante o estigma da loucura. Uma das vias, portanto, é o cooperativismo social e seus empreendimentos solidários, opção distinta do modelo competitivo e seletivo do presente mercado de trabalho.

O acesso e a constituição de cooperativas sociais, contudo, demanda capital inicial para aquisição de insumos e produção de capital de giro. Logo, é responsabilidade do Estado propiciar meios para a consecução dessas ações iniciais, como a abertura de editais de recebimento de recursos e formação técnica para instituição de empreendimentos solidários e protagonismo nos espaços já instituídos.

Ao deixar a qualidade de morador de hospital psiquiátrico - adjetivo aplicado, segundo a legislação, a partir de um ano ininterrupto de permanência no estabelecimento -, o sujeito também terá direito a um espaço habitacional organizado e adereçado conforme seu gosto, mesmo quando em Serviço Residencial Terapêutico, ponto de atenção do componente Desinstitucionalização. Embora pareça obviedade, é um desafio de difícil equação, tendo em vista que o SRT recebe a interferência do CAPS e o SRT de tipo II tem a presença de equipes de saúde.. Logo, tem completa intersecção com a atuação de trabalhadores em saúde mental, pessoas estranhas ao lar, mas, via de regra, necessárias para o apoio na sociabilidade entre pares e produção de cotidianidade autônoma.

Os SRT são disparados por meio da Portaria GM/MS n.º 106/2000[ Nos termos de seu artigo art. 2º-A, os SRT devem acolher também as pessoas egressas de hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.] (BRASIL, 2000) e atualizados na Portaria GM/MS n.º 3090/2011, cujo conteúdo está atualizado na Portaria de Consolidação GM/MS n.º 03/2017. Destina-se ao morador de hospital psiquiátrico egresso e se pauta pela construção de autonomia, diferencia-se pelo grau de dependência e nível de relação familiar. Vale lembrar que o fato de o sujeito estar em SRT não lhe retira direitos nem obstaculiza seu exercício, estando em pé de igualdade com qualquer outra pessoa, inclusive as que nunca estiveram internadas.

Sem prejuízo do PVC e moradia em SRT, tem ainda o sujeito direito ao BPC e ao cadastramento em programas habitacionais, sejam aqueles que ofertam auxílios financeiros provisórios, como o aluguel social e bolsa aluguel, sejam os que vendem unidades imóveis, devendo ser destinada às pessoas com deficiência cota de 3% das habitações, com prioridade e facilidades para o acesso (art. 32, I, LBI).

O tripé da reabilitação, portanto, está apoiado no princípio da autonomia do sujeito que, a despeito de eventualmente ainda ter de lidar com o transtorno mental, tal atributo não lhe impede de exercer os direitos fundamentais, conforme apregoa o modelo social da deficiência. Assim é que se compreende que a liberdade é terapêutica e a autonomia se produz acessando diversas outras políticas para além da saúde. Pois o que se visa é a ampliação da capacidade de contratualidade social dos sujeitos, e não apenas o tratamento clínico, dado que para a prática delituosa devam ter concorrido, de forma determinante, um precário modo de vida, a invalidação da autonomia e, por consequência, a redução drástica do acesso a direitos. A resultante estigmatização da loucura é alimentada por esse ciclo de perdas sociais, a ser rompido necessariamente com a retomada da dignidade humana.

<sup>2</sup>Nos termos de seu artigo art. 2º-A, os SRT devem acolher também as pessoas egressas de hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.

## **b. Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP)**

A portaria n.º 94/2014 institui o Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, vinculada à



PNAISP, no âmbito do SUS. A Equipe (EAP) vinculada ao Serviço, deverá ser composta de no mínimo 5 profissionais – um enfermeiro, um médico psiquiatra ou médico com experiência em Saúde Mental, um psicólogo, uma assistente social e um profissional com formação em ciências humanas, sociais ou da saúde.

Dentre suas atribuições, a EAP deverá:

a. Realizar avaliações biopsicossociais e apresentar proposições fundamentadas, principalmente, na Lei 10.216 de 2001, orientando as medidas a serem implementadas segundo um Projeto Terapêutico Singular (PTS);

b. Identificar programas e serviços do SUS e do SUAS e de direitos de cidadania, con-

tribuindo para a ampliação do acesso aos mesmos, necessários a garantia da efetividade do PTS;

c. Estabelecer dispositivos de gestão que viabilizem acesso e corresponsabilização pelos cuidados da pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei;

d. Atuar como dispositivo conector entre os órgãos de Justiça, as equipes da PNAISP e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania, garantindo a oferta de acompanhamento integral, resolutivo e contínuo.

e. Contribuir para a realização da desinternação progressiva de pessoas que cumprem medida de segurança.

## 3.2 PREVENÇÃO

As ações de atenção psicossocial às pessoas que vivenciam a loucura em contexto de conflitualidade estão, por definição, alinhadas com processos de ruptura, seja do paradigma manicomial, seja da perspectiva carcerizante, de substituição na tomada de decisão da pessoa ou do modelo biomédico da deficiência. Romper com esse tecido secularmente costurado é tarefa árdua para todos os atores que compõem não apenas os sistemas sociais, mas, sobretudo, o sistema de justiça, ambiente em que se localiza o ponto gravitacional do modelo arcaico aqui enfrentado (BRASIL, 2014).

Os processos de ruptura se dão por meio de alterações no modelo hospitalocêntrico-penitenciário, com ações prioritárias de abertura das portas dos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico

(ECTP) para desinstitucionalização de seus moradores, como, ainda, de fechamento das portas de entrada, pelo que denominamos prevenção à institucionalização dos sujeitos com transtornos mentais em conflito com a lei. Passos distintos de uma mesma dinâmica calcada na constitucionalização dos direitos sociais e das liberdades civis, na reforma psiquiátrica e no modelo social da deficiência, fechar para abrir (prevenir) e abrir para fechar (libertar) são ações interdependentes, razão pela qual se situam, simbioticamente, em um mesmo plano de atenção à saúde mental dessa população histórica e duplamente asilada por sua conduta e negligenciada em suas necessidades.

Diante disso, a organização de ações de prevenção à institucionalização necessita se dar por meio de estratégias que possibilitem:

### **a. A não entrada nos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico.**

Evitar a inserção do sujeito com transtorno mental, após o cometimento do delito, no circuito da medida de segurança de internação (seja, como regra, no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, seja, como ocorre em casos excepcionais, pela permanência em unidade prisional na qual já estava privado), é processo fundamental para garantia de direitos humanos dessa população, inclusive para responsabilizá-la pelos eventuais danos oriundos do delito. Ademais, concorre para esse resultado a diminuição de gastos orçamentários relacionados à manutenção de estabelecimentos desse porte. O fortalecimento das redes sociais também decorre de sua recolocação na centralidade do cuidado, lugar ainda bastante ocupado pelos hospitais de custódia. E é a qualificação desses serviços de natureza comunitária - e não asilar - que os torna ainda mais capazes de absorver a demanda com maior abrangência e profundidade na coordenação do cuidado e produção de autonomia.

**b. A ruptura do ciclo de violência institucional a que está submetido o sujeito com transtorno mental em conflito com a lei em contexto de privação de liberdade.**

A submissão das pessoas com transtornos mentais em estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico pode ser tipificada como crime de tortura, conforme entendimento do Ministério Público do Estado de Goiás e toda a rede que compõe o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, inovação premiada nacionalmente por ter alterado a rota do sujeito do circuito da segurança para o circuito do cuidado em saúde (PAILL, 2013). Essa interpretação decorre do fato de que a inserção da pessoa no sistema carcerário-manicomial contempla requisitos do art. 1º da lei n.º 9.455/97 (BRASIL, 1997). Logo, prevenir a entrada nesses espaços é evitar a submissão a um ciclo de violência institucional.

**c. A dissociação entre hipótese diagnóstica e necessidade de privação de liberdade, nos termos da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.**

Os estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico expressam extrema dissonância com o texto da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2008) e da Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2015), pois a deficiência não pode ser motivo para a clausura. Em outras palavras, a internação de “pessoas com deficiência” nesses estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico ocorre devido à clara “discriminação por motivo de deficiência” (art. 14). Caso contrário, seriam encaminhadas para instituições cujo diferencial não seria a finalidade terapêutica.

**d. O disparo de ações de atenção psicossocial diversas da medida de segurança de internação.**

Como já anotado, a retirada do cuidado do interior do estabelecimento de custódia impõe a centralidade não mais em um serviço, mas em uma rede de equipamentos e estratégias de efetiva atenção à saúde mental, no território e no âmbito do cuidado individual e familiar. E, conforme apregoam CDPD e Lei Brasileira de Inclusão, além dos direitos relacionados ao processo terapêutico, outros – civis, políticos, sociais e culturais – também devem ser garantidos a essa população, justamente porque, no mais das vezes, o alijamento do exercício dos mesmos fora determinante para a situação jurídica em que se encontra. É a aposta que estados e municípios que já avançaram sobre o novo paradigma fizeram, e, atualmente, gera os efeitos desejados: fortalecimento dos serviços demandados para esse processo de responsabilização e atenção. Paralelamente, são necessários novos formatos de qualificação da força de trabalho, por meio do desenvolvimento de ações de Educação Permanente com os profissionais dos sistemas sociais centrais no processo (SUS e SUAS), para a assunção do paradigma da reforma psiquiátrica em sua dimensão técnico-assistencial (AMARANTE, 2007).

**e. A aproximação das ações das equipes de atenção à saúde da PNAISP (EABp e EAP) e das equipes dos serviços do Sistema Único de Assistência Social.**

A articulação em redes sociais é imprescindível para percursos mais resolutivos, isto é, que visem não apenas ao tratamento em saúde, mas – e justamente para o sucesso desse –, à garantia dos demais direitos fundamentais, para cuja obediência ensejam-se diversas ações em políticas públicas. A finalidade da política de assistência social, em seu nível de proteção básica, é: articular com as demais políticas públicas locais, de forma a garantir a sustentabilidade das ações desenvolvidas e o protagonismo das famílias e indivíduos atendidos, de forma a superar as condições de vulnerabilidade e a prevenir as situações que indicam risco potencial (p. 34).

Sendo assim, o escopo deve abranger essa população, dados os históricos atributos que informam serem pessoas, via de regra, em situação de vulnerabilidade – não por terem, eventualmente, transtorno mental, mas por se situarem, em razão da deficiência, em desigual-

dade de condições para acessar direitos, em atributos biopsicossociais. Nesse sentido, a relação a quem não se encontra com esses articulação intersetorial a ser disparada pe-

las equipes de saúde que circundam, por mandato próprio, o cuidado junto à pessoa, deve se dar no sentido de ampliar a capacidade de contratualidade social, isto é, com viés emancipatório, produzir ambiência para uma responsabilização adequada mediante processos autonomistas. Essa dinâmica está, portanto, condicionada ao empenho de atores dos sistemas sociais para além da saúde.

#### **f. Demonstrar a necessidade desencarcerizante como condição para a garantia de direitos humanos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.**

É em liberdade que se logra êxito no cuidado em saúde mental. As raras e efêmeras situações de necessidade de contenção física constituem intervalo de pouco fôlego perante o longo processo de produção de cuidado em liberdade. Portanto, essa é a regra, razão pela qual o sistema de justiça necessita adequar-se – tal como disposto por resoluções e recomendações de origem judiciária (Conselho Nacional de Justiça) – aos paradigmas constitucional e da reforma psiquiátrica, adesão que autoriza a flexibilizar as normas penais pertinentes, das quais, moribundas, aguardamos a revogação expressa, tendo em vista que a tácita já ocorrera (CARVALHO NETTO e MATTOS, 2005). É em liberdade que se produz possibilidades de responsabilidade e se fortalece a sociabilidade.

### **3.3 FLUXO DE ATENDIMENTO**

No início do século, o paradigma manicomial perde novo pilar com o reconhecimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira por meio da promulgação da lei n.º 10.216/01, instando a sociedade a rever os modos de convivência com a pessoa com transtorno mental que infringe a lei penal. A despeito de as portarias criadas na mesma década de 2000 pelo Ministério da Saúde não trazerem à baila, com expressividade, a questão da loucura em contexto de conflitualidade, essa condição é observada pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária e pelo Conselho Nacional de Justiça, para, somente em 2014, a pasta ministerial reorientar a política de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional.

A expedição da Resolução CNPCP n.º 05/2004 inaugura o debate no âmbito do executivo federal ao dispor sobre as “Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei n.º 10.216 de 06 de abril de 2001” (BRASIL, 2004). A Resolução CNPCP n.º 04/2010 informa sobre as “Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança” (BRASIL, 2010a). A Resolução CNPCP n.º 02/2014 (BRASIL, 2014a) propõe a retirada do hospital de custódia do rol de estabelecimentos penais destinatários de repas-

se de verba federal com o fim de construção. Também o Conselho Nacional de Justiça apresenta-se ao debate ao orientar seu quadro de magistrados a agir nos termos da reforma psiquiátrica: a Resolução CNJ n.º 113/2010 cerca-se do “procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança” (BRASIL, 2010b). A Recomendação CNJ n.º 35/2011 dispõe sobre as diretrizes a serem seguidas na atenção aos pacientes judiciários (BRASIL, 2011).

Todo esse normativo converge com o previsto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em 2014, ação de maior expressão do Estado Brasileiro para reversão dessa questão secular. Compreendido pela Política, o Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei é instituído por meio da Portaria GM/MS n.º 94/2014 (BRASIL, 2014b), abrindo um caminho próspero para os estados e municípios darem novo foco ao seu olhar acerca da resposta que devem promover a essa público.

Com papel estratégico, a correspondente Equipe de Avaliação e Acompanhamento da Medida Terapêutica da Pessoa com Transtor-

no Mental em Conflito com a Lei (EAP) insere-se em um novo modelo de atenção à saúde, não pautado pela lógica centrada no serviço, mas no sujeito e suas relações intra e extra-comunitárias. Nesse sentido, fundamental é fortalecê-las para ampliação da autonomia do sujeito e de sua capacidade de contratualidade social. Para tanto, a EAP utiliza-se de expediente pautado pelo matriciamento e coordenação do cuidado, qualificando as ações das demais equipes envolvidas (sanitárias, judiciais e prisionais), criando novos circuitos de apreciação do fato delituoso - em primeiro plano -, em suma, re-situando o sujeito em seu contexto de loucura, não mais como a causa do crime, mas como uma condição paralela ao cometimento do crime.

A primeira década do atual século também reservou ao campo em tela o advento da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (NAÇÕES UNIDAS, 2008), que preconiza que ninguém deve ser privado de sua liberdade em razão de sua deficiência (art. 14). Por consequência, a loucura não deve ser óbice para o acesso a direitos, tampouco a justificativa para a negação dos mesmos. Logo, cabe ao Estado desenvolver outras estratégias para lidar com o sofrimento intenso em contexto de conflitualidade, mormente utilizadas para a ampliação das liberdades, mesmo associada à responsabilização. Se é na liberdade que o sujeito encontra condições para responsabilizar-se - e não o contrário, isto é, pela responsabilização no cárcere, encontrar a liberdade -, o cuidado, que serve a esse processo, deve pautar-se pela cooperação na construção de autonomia, e não de encarceramento. Esse, o sentido da EAP e demais estratégias localizadas sob a interface entre a reforma psiquiátrica, o modelo social da deficiência e os sistemas de responsabilização. O respeito a essa tríade impõe a aceitação de que a loucura em conflitualidade propõe o afastamento das modalidades clássicas de reprimenda penal, que inclui o hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.

Assim, apresentamos os caminhos do cuidado a partir da saúde mental, sob a ótica da tríade, visando a um novo modelo que concilie autonomia e responsabilização.

### **Itinerário para Atendimento à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei**

Atualmente na Paraíba, o atendimento à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei se dá principalmente nas instituições asilares e há uma tendência à indicação do cumprimento da medida de segurança em regime de internação. Verificam-se, assim, dificuldades para a realização do acompanhamento à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001), visto que o acompanhamento se dá principalmente a partir da perspectiva asilar e centrada no hospital de custódia e hospital psiquiátrico.

Pelas práticas atuais no estado, vê-se que a compreensão da avaliação em saúde mental está circunscrita à realização do exame pericial médico, e devido ao número de solicitações, há dificuldades para realização das perícias em tempo razoável, gerando-se filas de espera por meses (ALMEIDA, 2018; ASSIS, 2019). Impõem-se também dificuldades de comunicação entre os órgãos da Justiça e Saúde, expressas na dificuldade de acompanhamento integral dos casos por parte da Defensoria Pública do Estado e demais órgãos pertinentes.

Além disso, na relação entre as instâncias judicial e sanitária, há limitação no diálogo entre ambas com relação, principalmente, aos casos das mulheres, visto que as mesmas ficam internadas no CPJM, mas todos os documentos e registros referentes aos seus processos se mantêm arquivados na PPF. A dificuldade também reside no elo entre o território onde as pessoas vivem e as instituições asilares nas quais são internadas para cumprimento da medida de segurança, haja vista que muitas delas são do interior do estado.

Soma-se à desarticulação a rede de assistência social, com a qual os sistemas de saúde e justiça, a partir de sua organização institucional, convergem para a obstaculização a um acompanhamento integral das pessoas que estão em cumprimento de medida de segurança. Em muitos casos já em vias de finalização, há dificuldades no retorno das pessoas para casa devido às quebras dos vínculos familiares e com o território de origem.

Portanto, para lidar com essas dificuldades é imprescindível que os gestores municipais (sobretudo dos territórios de proveniência e retorno dos sujeitos) e estaduais (vinculados às

instâncias judicial e sanitária) garantam condições de articulação e acompanhamento integral desses casos, em respeito aos princípios da Lei 10.216/2001 e demais normativos que preveem o atendimento territorial como norteador na atenção às pessoas com transtorno

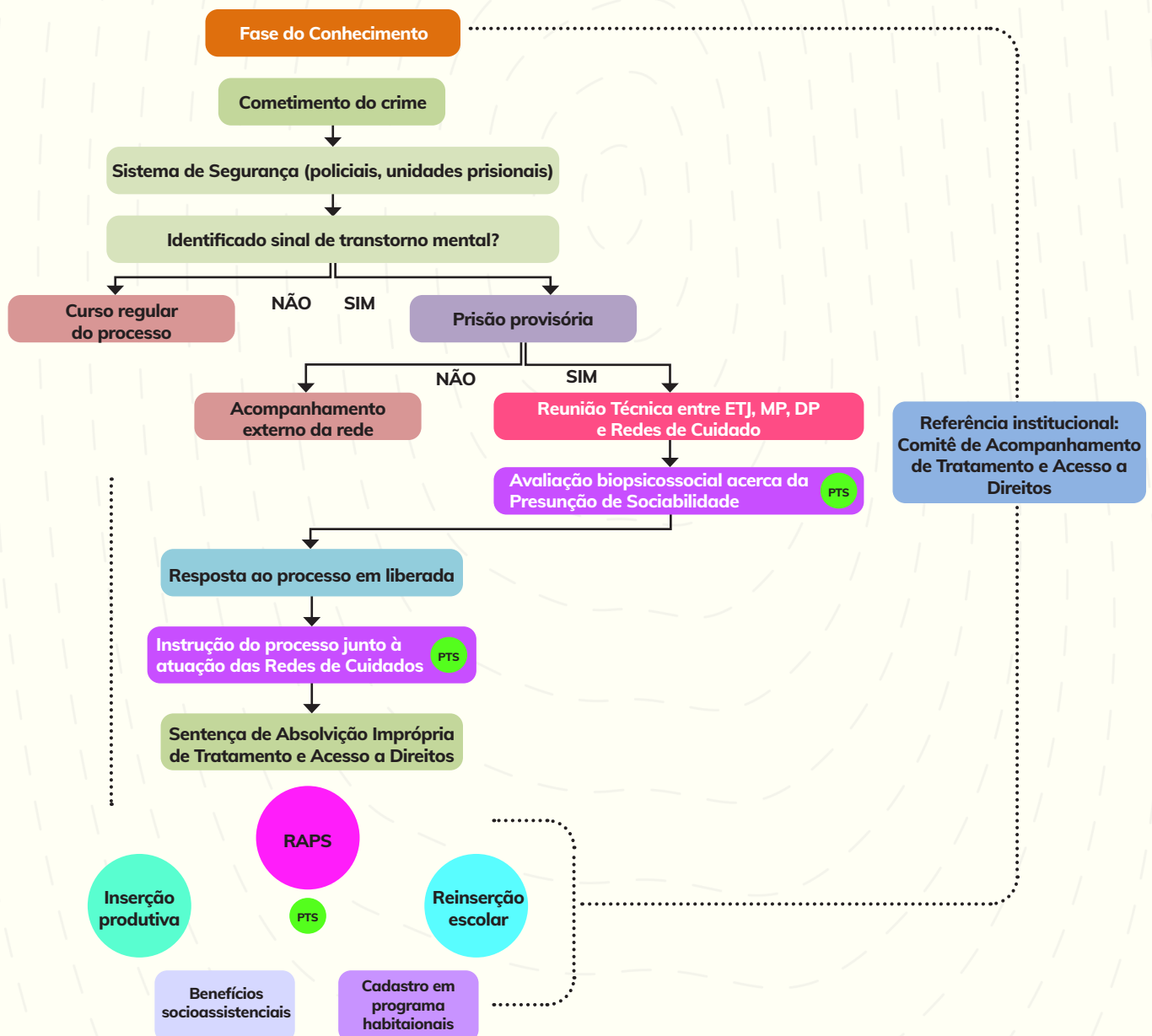
mental em conflito com a lei.

Nesse sentido, elaboramos propostas de fluxo de procedimentos a orientar as ações de atenção integral sob o manto da reforma psiquiátrica, do modelo social da deficiência e de novas estratégias de responsabilização.

## Fluxos

### A. Fase de Conhecimento

#### A.2. Paradigma reformista e social – conforme a legislação



O presente fluxo destaca alguns fatores de redirecionamento da atenção integral à saúde mental das pessoas em sofrimento intenso e conflito com a lei: na medida em que os atos processuais são relativos à fase de conhecimento, não há falar-se em medida cautelar

de internação provisória, tendo em vista que o processo ainda não teve seu desfecho quanto à autoria do delito e, em caso de o réu oferecer risco à instrução probatória, não seria a internação, mas a prisão preventiva, o artifício legal adequado. Contudo, dada a sus-

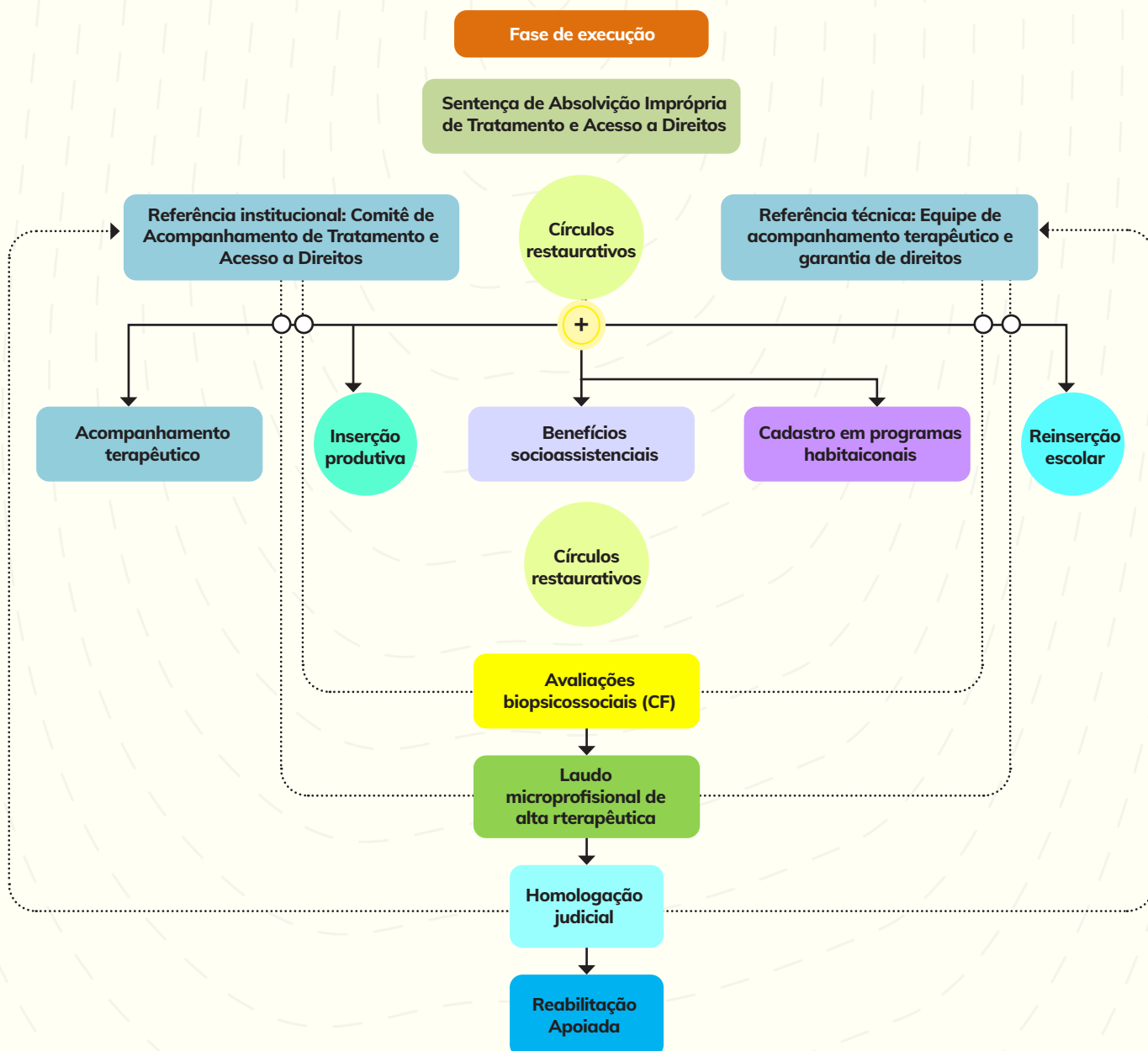
peita de transtorno ou sofrimento intenso, não é a unidade prisional o local adotável para o aguardo em custódia. Logo, não há saída senão a liberação do sujeito para responder ao processo em liberdade, movimento que permite a articulação de serviços, construção do Projeto Terapêutico Singularizado e Avaliação Biopsicossocial, operações fundamentais para reconfigurar o lugar do sistema de justiça no julgamento de atos criminosos por pessoas com transtornos mentais.

Outro importante fator é a presunção de

sociabilidade, que toma o lugar da periculosidade como régua de aferição do grau de risco oferecido pelo sujeito. Se a reforma psiquiátrica e o modelo social de deficiência abandonam a noção de previsibilidade do crime futuro e a virtualidade do comportamento perigoso, não há porque se manter foco na adivinhação da prática delituosa, mas sim nas possibilidades de o sujeito retomar circuitos de sociabilidade saudável, elemento, esse sim, presumível pois da ordem do cotidiano de quaisquer pessoas.

## B. Fase da Execução da Medida de Segurança

### B.2. Paradigma reformista e social – conforme a legislação



Nesse fluxograma, aportamos novos elementos a facilitar a operacionalização dos procedimentos em coerência com os princípios constitucionais e da reforma psiquiátrica. A começar pela sugestão de promoção de círculos restaurativos, espécie de mediação de conflito. Os círculos restauram relações e possibilidades de novos horizontes para ofensores e ofendidos na prática delituosa, bem como instauram novos direitos para os envolvidos em situação de vulnerabilidade social. Logo, tem por escopo a reparação de danos e produção de vida para os envolvidos, tornando o crime ocorrido um evento mais remoto, menos destacado no circuito processual. Os círculos restaurativos também detêm a capacidade de irradiar procedimentos menos inquisitoriais e mais democráticos no âmbito do sistema de justiça.

Se a sentença judicial busca, pela medida de segurança de internação, o tratamento – preponderante, segundo a lei, sobre a punição –, trata-se da garantia de um direito humano (saúde), para cujo sucesso devem concorrer outros direitos, como socioassistenciais, ao trabalho, à educação e habitacional, entre outros.

As avaliações biopsicossociais, orientadas pela Lei Brasileira de Inclusão, devem utilizar a CIF (Classificação Internacional de Funciona-

lidades, Incapacidade e Saúde) paralelamente à aplicação da CID (Classificação Internacional de Doenças), tendo em vista que essa traz elementos integrantes de um quadro de interesse exclusivamente médico e com mote interventivo. Já a CIF orienta-se pelos eixos que organizam a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, e, para além do conhecimento exclusivamente médico – caso da CID –, também reconhece como saberes fundamentais os demais desenvolvidos no campo da saúde.

Da mesma forma com que a Convenção e a Lei Brasileira de Inclusão propõem o apoio à tomada de decisão – e não sua substituição pela vontade de terceiros –, a Reabilitação Apoiada define-se pelo objetivo de se fortalecerem projetos de vida centrados na vontade do sujeito, e sob a perspectiva de que autonomia e dependência se articulam, benéficamente, no cotidiano de qualquer pessoa em liberdade (DHANDA, 2008).

Por fim, propomos que o processo de atenção integral seja coordenado por um Comitê de Acompanhamento de Tratamento e Acesso a Direitos (referência institucional) e articulado por uma equipe de acompanhamento terapêutico e garantia de direitos (referência técnica). É desejável que essa equipe técnica seja a EAP, mencionada acima.

# 4 - DIRETRIZES, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, METAS E AÇÕES





DIRETRIZES ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	METAS	INDICADORES
<p>1. Efetivar ações de redirecionamento do modelo de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei no estado da Paraíba</p>	<p>1.1. Garantir o processo de desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no Estado da Paraíba.</p>	<p>1.1.1. Elaborar Plano Emergencial Intersetorial de Desinstitucionalização</p>	<p>Elaboração de plano</p>
		<p>1.1.2. Executar o Plano Emergencial Intersetorial de Desinstitucionalização</p>	<p>Execução imediata</p>
<p>2. Garantir a atenção psicossocial de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei em serviços de base comunitária, nos termos da Reforma Psiquiátrica e do modelo social de deficiência.</p>	<p>2.1. Reduzir, gradualmente, a entrada de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei na Penitenciária de Psiquiatria Forense do estado da Paraíba.</p>	<p>2.1.1. Reduzir as vagas para entrada na PPF na razão de um leito por cada desinternação.</p>	<p>Redução da razão de estadia</p>
	<p>2.2. Atualizar os fluxogramas de atendimento nos termos da legislação em saúde mental e do modelo social da deficiência.</p>	<p>2.2.1. Implementar um fluxograma de atendimento para as fases de conhecimento e execução do processo penal.</p>	<p>Implementação de fluxograma</p>

CADADOR	AÇÕES	ÓRGÃOS RESPONSÁVEIS	PARCEIROS	PRAZOS
do Plano	Criar Ações em Educação Permanente e Supervisão Clínico-institucional junto a profissionais dos Sistemas de Saúde, Assistência Social, Justiça, Administração Penitenciária e Segurança Pública	SES/PB, SEAP/PB, SEDH/PB, SSDS/PB, TJPB, MPPB, DPE/PB, GESTÕES MUNICIPAIS	UFPB, UFCG, COSEMS	março-21
	Mapear a presença de pessoas com transtorno mental presas em cadeias públicas, penitenciárias e congêneres	SEAP/PB, SES/PB, TJ/PB, DPE/PB, MPPB		
	Georreferenciar as redes de atenção à saúde e de assistência social no estado, para apoio ao Sistema de Justiça e auxílio na articulação intersetorial	UFPB, SES/PB, SEDH/PB, COSEMS, GESTÕES MUNICIPAIS	SEAP/PB, SSDS/PB, TJPB, MPPB, DPE/PB	
	Criar Grupo Gestor de Acompanhamento do Plano Emergencial Intersetorial de Desinstitucionalização	SES/PB, SEAP/PB, SEDH/PB, TJPB, MPPB, DPE/PB, COSEMS	UFPB, UFCG	
	Criar Comissão técnica de prevenção à internação na PPF	SES/PB, SEAP/PB, SESDS/PB, TJPB, MPPB, DPE/PB	CEPCT/PB, Conselhos Profissionais	
	Elaborar Linha de Cuidado de Atenção à Saúde da Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei	SES/PB	SEAP/PB, SEDH/PB, SSDS/PB, TJPB, MPPB, DPE/PB, UFPB, UFCG, COSEMS	
Integral do Plano	Criar agenda de trabalho de comissão coordenadora da execução do Plano	SES/PB		
	Realizar reuniões periódicas do Grupo Gestor de Acompanhamento	SES/PB		
	Reorganizar o fluxo de atendimento nos termos do Plano de Atenção Integral	SES/PB, TJ/PB, MP/PB, DPE/PB, GESTÕES MUNICIPAIS, COSEMS	UFPB, UFCG	
	Atualizar as pactuações interfederativas em saúde mental e assistência social, atendendo às demandas do Plano Emergencial.	SES/PB, SEDH/PB, COSEMS, GESTÕES MUNICIPAIS	UFPB, UFCG	
	Solicitar habilitações ao Ministério da Saúde para implantação de equipes previstas na PNAISP	SES/PB, SEAP/PB, GESTÕES MUNICIPAIS	COSEMS	
	Implantar as Equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP)	SES/PB, SEAP/PB	UFPB, UFCG	
	Qualificar as ações de monitoramento e avaliação da RAPS estadual com enfoque na proteção das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei	SES/PB, GESTÕES MUNICIPAIS, COSEMS	UFPB, UFCG	
	Mapear potenciais beneficiários do PVC e BPC	SES/PB	UFPB, UFCG, COSEMS	
	Ampliar a oferta e o acesso a políticas habitacionais, SRTs, pensões protegidas, moradias assistidas, casas populares, casa de apoio etc, às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei	SES/PB, SEDH/PB		
	Ampliar o trabalho em apoio matricial em saúde mental junto ao INSS, emergências, hospitais gerais, justiça e demais setores fora da RAPS que participem do processo de desinstitucionalização.	SES/PB, GESTÕES MUNICIPAIS, COSEM	UFPB, UFCG	
	Ampliar e fortalecer políticas públicas intersetoriais para a inserção de pessoas com transtorno mental no mercado de trabalho	Grupo Gestor de Acompanhamento	UFPB, UFCG	
	Incidir para a normatização de isenção tarifária dos transportes coletivos às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei que necessitam de acompanhamento contínuo nos serviços de saúde mental.	Grupo Gestor de Acompanhamento		
	Ampliar estratégias para fortalecer o protagonismo das famílias e das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei	SES/PB, SEDH/PB, GESTÕES MUNICIPAIS	UFCG, UFPB, COSEMS	
	Implantar Centros de Convivência comunitários e de cultura, em espaços abertos com parceria intersetorial, que efetivem a utilização de recursos territoriais	SES/PB, SEDH/PB, GESTÕES MUNICIPAIS		
	Pactuar a redução gradual da porta de entrada da PPF	SES/PB, TJ/PB, MP/PB, DPE/PB		
	Capacitar profissionais do Sistema de Justiça e da RAPS sobre a legislação e programas exitosos	SES/PB, TJ/PB, MP/PB, DPE/PB, GESTÕES MUNICIPAIS	COSEMS	
	Elaborar rubrica orçamentária na PLOA 2021 para transferência de recursos específicos para a SES em decorrência de cada vaga suprimida da PPF	SES/PB	ALEPB, UFCG, UFPB	
	Submeter à CIB proposta de repactuação dos recursos advindos das AIH oriundas de leitos fechados em hospitais psiquiátricos, com favorecimento da RAPS para ações relacionadas a esse Plano.	SES/PB	UFCG, UFPB	
	Realizar reuniões do Grupo Gestor de Acompanhamento	Grupo Gestor de Acompanhamento		
	Validar, interinstitucionalmente, a proposta de fluxograma	Grupo Gestor de Acompanhamento		
Incidir para a normatização do fluxograma para implementação no estado	Grupo Gestor de Acompanhamento		A definir quando da elaboração do Plano	

# 5 - DESCRIÇÃO DAS AÇÕES PARA EFETIVAÇÃO DO PLANO

Nos termos das leis n.º 8080/1990 e n.º 8.142/1990, que organizam o Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive do ponto de vista da participação social, a formulação de políticas de saúde deve ser proveniente de arranjos institucionais que considerem o protagonismo decisório de algumas instâncias administrativas. Mas não apenas em leis encontramos os fundamentos para a organização político-administrativa das ações em saúde no Brasil.

A começar pelo modelo sanitário atualmente organizado em redes de atenção à saúde, a Portaria n.º 4.279/2010 (BRASIL, 2010) e o Decreto n.º 7.508/2011 (BRASIL, 2011) orientaram o Grupo Técnico de Atenção (GTA) da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a própria CIT a normatizar cinco redes de atenção à saúde como as balizas em rede para o cuidado territorial. Entre elas se encontra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), organizada a partir da já conhecida Portaria n.º 3.088/2011.

Para cada Rede de Atenção à Saúde, há previsão de existência de grupos condutores estaduais, distrital e, eventualmente, municipais. Eles possuem a finalidade de promover debates técnicos e elaborar o desenho institucional de novas pactuações sobre serviços e ações em saúde a serem encaminhadas às instâncias seguintes, de caráter mais genérico e político. Portanto, o atual Plano aqui elaborado deve ser submetido ao Grupo Conductor estadual (Paraíba), que, atualmente, está com novo formato, pois reúne todas as cinco redes.

Aprovada no Grupo Conductor de Redes do estado da Paraíba, a minuta do Plano deve ser submetida à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do estado da Paraíba, instância, prevista na própria lei do SUS, composta pelas Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, a partir, notadamente, das representações de

Secretarias por região de saúde. No estado da Paraíba, temos 16 regiões, que se agrupam em 03 macrorregiões de saúde.

Uma vez ratificada em CIB, na forma de Resolução, a minuta seguirá para a última instância, suprema no âmbito do planejamento no SUS em nível estadual: o Conselho Estadual de Saúde, cuja previsão se encontra na mencionada lei n.º 8.142/1990. Aprova-se a minuta por meio do instrumento Resolução. A seguir, a minuta deve ser encaminhada para o gabinete do Governo do Estado, que fará publicar em Diário Oficial do Estado o Plano em sua integralidade.

Tão logo obtenha vigência, o Plano deverá instar os órgãos públicos competentes para as primeiras reuniões de elaboração de um Plano de Ação, nos termos da organização constante da tabela de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, integrante do documento. Com isso, entram em vigor também os prazos para obtenção de recursos orçamentários e cumprimento das metas.

Registre-se que a execução deste Plano também requer o seu monitoramento pelas entidades aqui especificadas e demais instâncias de controle social. Ademais, a forma pela qual este Plano está estruturado possibilita o acréscimo e detalhamento de outras ações no decorrer da sua execução, que estejam em conformidade com suas diretrizes e princípios.

Diante disso, encerramos a minuta do presente Plano para conclamar a todas e todos a se engajarem nessa inédita iniciativa interinstitucional do estado paraibano pela garantia de direitos humanos de uma população duplamente estigmatizada. Trata-se, agora, do fim do primeiro ciclo dessa política - seu desenho institucional -, a ser sucedida por uma etapa nova, de implementação da política pública. Mãos à obra!

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Olívia Maria de. Desinstitucionalização das medidas de segurança na Paraíba: entre controles e abandonos. 218 f. Dissertação (mestrado em direitos humanos, cidadania e políticas públicas). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2018.

AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2007.

ASSIS, Daniel Adolpho Daltin. Justiça, psiquiatria e outras drogas: instituições fissuradas pelo manicômio judiciário. 257 f. Dissertação (mestrado em direitos humanos, cidadania e políticas públicas). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 05 de outubro de 1988.

\_\_\_\_\_. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008; Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4. ed., rev. e atual. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2011.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 28 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Institui o Código Penal. Diário Oficial [da] República dos Estados Unidos do Brasil. Rio de Janeiro, 31 de dezembro de 1940.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, [2001]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm). Acesso em 30 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF: Presidência da República, [2003]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm). Acesso em 30 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2015b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm). Acesso em 30 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em 30 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade

de na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm). Acesso em 30 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 9.455, de 07 de abril de 1997. Define os crimes de tortura e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1997. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9455.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9455.htm). Acesso em 30 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. Portaria Interministerial n.º 01/2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2014b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001\\_02\\_01\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html). Acesso em 30 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 106, de 11 de fevereiro de 2000. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>. Acesso em 30 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.840, de 29 de dezembro de 2014. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840\\_29\\_12\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html). Acesso em 30 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial no SUS – RAPS (Republicada em 31 dez. 2011, por ter saído, no DOU n.º 247, 26 dez. 2011, Seção 1, p. 232-233, com incorreção no original). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 28 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 28 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 94, de 14 de janeiro de 2014. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis. Brasília, 2014c. Disponível em [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PORTARIA\\_N\\_94\\_14\\_01\\_14.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PORTARIA_N_94_14_01_14.pdf). Acesso em 30 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de Saúde no Sistema Prisional – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CARVALHO NETTO, Menelick; MATTOS, Virgílio de. O novo direito dos portadores de transtorno mental: o alcance da Lei 10.216/2001. Conselho Federal de Psicologia, 2005.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. Por uma pedagogia da loucura: experiências de assessoria jurídica popular universitária no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. 381 f. Tese (Doutorado em Direito, Estado e Constituição). Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

CORTE IDH. Sentença de mérito de 4 de julho de 2006 no caso Ximenes Lopes versus Brasil. Disponível em: [http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_149\\_por.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf). Acesso em: 04 jun.º 2020.

DHANDA, Amita. Construindo um novo léxico dos direitos humanos: Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. SUR - Revista Internacional de Direitos Humanos, Ano 5, Número 8, São Paulo, Junho de 2008.

JUSTIÇA, Conselho Nacional de. Recomendação n.º 35, de 12 de julho de 2011. 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#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20diretrizes%20a,execu%C3%A7%C3%A3o%20da%20medida%20de%20seguran%C3%A7a.&text=DJE%2FCNJ%20n%C2%BA%20129%2F2011,%2F07%2F2011%2C%20p>. Acesso em 30 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Resolução n.º 113, de 20 de abril de 2010. 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 30 set. 2020.

JUSTIÇA. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução CNPCP n.º 2, de 10 de janeiro de 2014, Brasília, 2014a. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpcp-1/resolucoes/resolucoes-arquivos-pdf-de-1980-a-2015/resolucao-no-2-de-10-de-fevereiro-de-2014.pdf>. Acesso em 30 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Resolução CNPCP n.º 4, de 30/07/2010. Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança, 2010a. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpcp-1/resolucoes/resolucoes-arquivos-pdf-de-1980-a-2015/resolucao-no-4-de-30-de-julho-de-2010.pdf>. Acesso em 30 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Resolução CNPCP n.º 5, de 04/05/2004. Dispõe sobre as Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei n.º 10.216 de 06 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpcp-1/resolucoes/resolucoes-arquivos-pdf-de-1980-a-2015/resolucao-no-05-de-04-de-maio-de-2004.pdf>. Acesso em 30 set. 2020.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE GOIÁS. Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI). Informações gerais sobre a implementação da reforma psiquiátrica na execução de medidas de segurança. Goiás: Ministério Público do Estado de Goiás/Secretaria da Saúde do Estado de Goiás, 2009.

PARAÍBA. Decreto-lei estadual n.º 471, de 16 de agosto de 1943. Cria a Assistência ao Psicopata, subordinada do Departamento de Saúde. Estado da Paraíba, 16 de agosto de 1943.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 7.639, de 23 de julho de 2004. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no estado da Paraíba e dá outras providências. Diário Oficial de 24 de julho de 2004. João Pessoa. 2004.



PELBART, Peter Pál. A nau do tempo-rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1993.

SARACENO, Benedito. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Corá, 1999.

SILVA, Alyne Alvarez. Das vidas que não (se) contam: dispositivos de desinstitucionalização da medida de segurança no Pará. 345 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Curso de Pós-graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

# PLANO ESTADUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI DO ESTADO DA PARAÍBA



## APOIO:



SECRETARIA  
DE SAÚDE



FAZENDO JUSTIÇA



Tribunal de  
Justiça da  
Paraíba



DEFENSORIA  
PÚBLICA DO ESTADO  
DA PARAÍBA



Somos todos  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado