



Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário: Resolução CNJ n. 487 de 2023

SÉRIE FAZENDO JUSTIÇA | COLEÇÃO POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA CIDADANIA



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





MINISTÉRIO DA
SAÚDE



SÉRIE FAZENDO JUSTIÇA
COLEÇÃO POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA CIDADANIA

**Manual da Política
Antimanicomial do
Poder Judiciário:
Resolução CNJ n. 487
de 2023**

BRASÍLIA, 2023

CNJ (Conselho Nacional de Justiça)

Presidente: Ministra Rosa Maria Weber

Corregedor Nacional de Justiça: Ministro Luis Felipe Salomão

Conselheiros

Ministro Luiz Philippe Vieira de Mello Filho

Mauro Pereira Martins

Richard Pae Kim

Salise Monteiro Sanchotene

Marcio Luiz Coelho de Freitas

Jane Granzoto Torres da Silva

Giovanni Olsson

João Paulo Santos Schoucair

Marcos Vinícius Jardim Rodrigues

Marcello Terto e Silva

Mário Henrique Aguiar Goulart Ribeiro Nunes Maia

Luiz Fernando Bandeira de Mello Filho

Secretário-Geral: Gabriel Matos

Secretário Especial de Programas, Pesquisas e Gestão Estratégica: Ricardo Fioreze

Diretor-Geral: Johanness Eck

Supervisor DMF/CNJ: Conselheiro Mauro Pereira Martins

Juiz Auxiliar da Presidência e Coordenador DMF/CNJ: Luís Geraldo Sant'Ana Lanfredi

Juiz Auxiliar da Presidência - DMF/CNJ: Edinaldo César Santos Junior

Juiz Auxiliar da Presidência - DMF/CNJ: João Felipe Menezes Lopes

Juiz Auxiliar da Presidência - DMF/CNJ: Jônatas dos Santos Andrade

Juíza Auxiliar da Presidência - DMF/CNJ: Karen Luise Vilanova Batista de Souza

Diretora Executiva DMF/CNJ: Renata Chiarinelli Laurino

Chefe de Gabinete DMF/CNJ: Carolina Castelo Branco Cooper

MJSP (Ministério da Justiça e Segurança Pública)

Ministro da Justiça e Segurança Pública: Flávio Dino de Castro e Costa

Secretário Nacional de Políticas Penais: Rafael Velasco Brandini

PNUD BRASIL (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento)

Representante-Residente: Katyna Argueta

Representante-Residente Adjunto: Carlos Arboleda

Representante-Residente Assistente e Coordenadora da Área Programática: Maristela Baioni

Coordenadora da Unidade de Paz e Governança: Moema Freire

Coordenadora-Geral (equipe técnica): Valdirene Daufemback

Coordenador-Adjunto (equipe técnica): Talles Andrade de Souza

Coordenador Eixo 3 (equipe técnica): Felipe Athayde Lins de Melo

Coordenadora-Adjunta Eixo 3 (equipe técnica): Pollyanna Bezerra Lima Alves

MS (Ministério da Saúde)

Ministra de Estado da Saúde: Nísia Verônica Trindade Lima

Secretário de Atenção Especializada à Saúde: Helvecio Miranda Magalhaes Junior

Diretora do Departamento de Saúde Mental: Sonia Barros



Esta obra é licenciada sob uma licença *Creative Commons* - Atribuição-Não Comercial-Sem Derivações. 4.0 Internacional.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B823m

Brasil. Conselho Nacional de Justiça.
Manual da política antimanicomial do Poder judiciário [recurso eletrônico]: Resolução CNJ nº 487 de 2023 / Conselho Nacional de Justiça, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Ministério da Saúde; coordenação de Luís Geraldo Sant'Ana Lanfredi ... [et al.]. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2023.

Inclui bibliografia.

108 p.: fotos. (Série Fazendo Justiça. Coleção Políticas de promoção da cidadania).

Versão PDF.

Disponível, também, em formato impresso.

ISBN 978-65-5972-638-7

ISBN 978-65-5972-659-2 (Coleção)

1. Política antimanicomial. 2. Execução penal. 3. Atendimento psicossocial. 4. Resolução nº 487/2023. I. Título. II. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. III. Ministério da Saúde. IV. Lanfredi, Luís Geraldo Sant'Ana (Coord.). V. Série.

CDU 343

CDD 345

Bibliotecário: Phillipe de Freitas Campos | CRB1 3282

Coordenação Série Fazendo Justiça: Luís Geraldo Sant'Ana Lanfredi, Renata Chiarinelli Laurino, Carolina Castelo Branco Cooper, Valdirene Daufembach e Talles Andrade de Souza

Elaboração: Daniel Adolpho Daltin Assis e Olívia Maria de Almeida

Supervisão DMF/CNJ: Melina Machado Miranda

Supervisão Programa Fazendo Justiça: Pollyanna Bezerra Lima Alves

Revisão Técnica: Pollyanna Bezerra Lima Alves, Melina Machado Miranda e Natália Vilar Pinto Ribeiro

Revisão Técnica Ministério da Saúde: João Mendes de Lima Junior e Marden Marques Soares Filho

Apoio: Ministério da Saúde, Comunicação Fazendo Justiça

Projeto gráfico: Comunicação Fazendo Justiça

Revisão: Tikinet Edição

Fotos: Unsplash, Freepik

SUMÁRIO

Apresentação	11
Agradecimentos	12
PARTE I: Parâmetros e Diretrizes da Política Antimanicomial	13
1. Introdução	14
1.1. Por que um Manual da Política Antimanicomial destinado aos Tribunais?	18
2. Arcabouço normativo estruturante da Política Antimanicomial do Poder Judiciário	23
2.1. Contextualização	24
2.2. Direitos das pessoas com deficiência e a proteção internacional dos direitos humanos: o exercício do controle de convencionalidade	31
2.3. Lei n. 10.216/2001 e demais orientações normativas domésticas	34
3. Princípios e diretrizes da Política Antimanicomial do Poder Judiciário	43
3.1. Garantias fundamentais e práticas proscritas	44
3.2. Direcionamentos para adequação aos paradigmas da Reforma Psiquiátrica e do modelo biopsicossocial da deficiência	48
4. Conteúdos conceituais da Reforma Psiquiátrica e do modelo biopsicossocial da deficiência	51
4.1. Modelo biopsicossocial da deficiência, adaptação razoável e tomada de decisão apoiada	52
4.2. Manejo da crise em saúde mental	54
4.3. Projeto Terapêutico Singular (PTS)	55
4.4. Desinstitucionalização	56

PARTE II: Modelo Orientador da Política Antimanicomial do Poder Judiciário	59
1. Introdução	60
1.1. Por que um Modelo Orientador da Política Antimanicomial do Poder Judiciário?	60
2. Elementos para qualificar a tomada de decisão e a atuação judicial	62
2.1. Adoção de normas constitucionais no âmbito execução da medida de segurança	64
2.2. Medida de segurança, singularização do projeto terapêutico e adaptação razoável	69
i. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD)	70
ii. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI)	72
iii. Lei n. 9.455/1997 – Define os crimes de tortura e dá outras providências	73
iv. Resolução CNJ n° 225/2016 – Dispõe sobre a Política Nacional de Justiça Restaurativa no âmbito do Poder Judiciário	74
v. Lei n. 8.213/1991 – Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências	76
3. Protocolo para qualificação da atuação interinstitucional	78
3.1. Procedimentos para articulação interinstitucional nos estados	82
i. Plano de trabalho: etapas e ações recomendadas	85
3.2. Ciclo penal e desinstitucionalização	90
i. Audiência de custódia	91
E se a pessoa estiver em situação de rua?	94
E se for identificado que a pessoa está em situação de crise em saúde mental?	95
Avaliação da necessidade e adequação de medida cautelar	97
ii. No curso de prisão preventiva ou outra medida cautelar	99
iii. Medida de segurança	100
a. Medida de segurança de tratamento ambulatorial	100
E se for identificado que a pessoa interrompeu o tratamento?	101
b. Medida de segurança de internação	101
iv. No curso da execução da pena	103
v. Desinstitucionalização e prazos	104
Revisão de processos	104
Determinação judicial para elaboração de PTS	106
Interdição parcial e total de Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	106
3.3. CEIMPA e ações de monitoramento	107
3.4. Subsídios para o monitoramento da atenção psicossocial prestada dentro de unidades prisionais	109

4. Implementação de equipes conectoras entre Sistemas de Saúde, Assistência Social e Justiça Criminal	112
i. Financiamento e custeio das equipes conectoras	114
a. Fundo Penitenciário Nacional (Funpen)	115
b. Bens apreendidos – Lei n. 11.343/2006 (Lei de Drogas)	116
c. Penas pecuniárias – Resolução CNJ n. 154/2012	117
4.1. Diretrizes para potencialização da atuação das equipes conectoras	118
i. Reconhecimento institucional da validade da avaliação biopsicossocial	118
ii. Qualificação do Projeto Terapêutico Singular	118
5. Fluxogramas e instrumentos em conformidade com a Reforma Psiquiátrica e o Modelo biopsicossocial da deficiência	120
5.1. Fluxogramas	122
i. Audiência de custódia	122
ii. No curso de prisão preventiva ou outra medida cautelar ou da execução da pena	124
iii. Medida de segurança	125
5.2. Instrumentos	126
i. Planilha eletrônica de ações e serviços das redes SUS e SUAS	126
a. Sistema Único de Saúde (SUS) e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	127
b. Sistema Único de Assistência Social (SUAS)	128
Anexo A – Modelo de Termo de Cooperação para a implementação e monitoramento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário	129
Referências bibliográficas	144

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADPF – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero

APEC – Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada

Art. – Artigo

ATPs-EP – Alas de Tratamento Psiquiátrico em Estabelecimentos Penais

CADH – Convenção Americana sobre Direitos Humanos

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CDPD – Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

CEIMPA – Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CNDH – Conselho Nacional de Direitos Humanos

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CNM – Confederação Nacional de Municípios

CNMP – Conselho Nacional do Ministério Público

CNPCP/MJSP – Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária do Ministério da Justiça e Segurança Pública

CNS – Conselho Nacional de Saúde

Corte IDH – Corte Interamericana de Direitos Humanos

CP – Código Penal

CPC – Código de Processo Civil

CPP – Código de Processo Penal

CRAS - Centro de Referência da Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CT – Comunidade terapêutica

CUMPRDEC - Acompanhamento de Cumprimento de Decisão

DEPEN/MJ – Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça e Segurança Pública

DMF/CNJ – Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas do Conselho Nacional de Justiça

EAP – Equipe do Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei

ECTP – Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

ESF – Estratégia Saúde da Família

FUNAD – Fundo Nacional Antidrogas

FUNPEN – Fundo Penitenciário Nacional

GMF – Grupo de Monitoramento e Fiscalização dos Sistemas Carcerário e Socioeducativo

GT – Grupo de Trabalho

HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

HP – Hospital Psiquiátrico

JR – Justiça Restaurativa

LBI – Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência

LEP – Lei de Execução Penal

LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais

MJSP – Ministério da Justiça e Segurança Pública

MNPCT – Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAI-PJ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental

PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

PAIMA – Programa de Atenção Integral a Pessoas com Transtornos Mentais em Conflito com a Lei no Estado do Maranhão

PCIPP – Programa de Cuidado Integral ao Paciente Psiquiátrico

PFDC/MPF – Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal

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

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PRAÇAÍ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Estado do Pará

PROA-PB – Programa de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei do Estado da Paraíba

PTS – Projeto Terapêutico Singular

PVC – Programa de Volta Para Casa

RGPS – Regime Geral de Previdência Social

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SENAD/MJSP – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos do Ministério da Justiça e Segurança Pública

SNPCT – Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

STF – Supremo Tribunal Federal

STJ – Supremo Tribunal de Justiça

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TJPR – Tribunal de Justiça do Estado do Paraná

UBS – Unidade Básica de Saúde

UMF Corte IDH/CNJ – Unidade de Monitoramento e Fiscalização das Decisões da Corte Interamericana de Direitos Humanos do Conselho Nacional de Justiça

USF – Unidade de Saúde da Família

APRESENTAÇÃO

A construção de uma sociedade justa, livre e solidária, conforme expresso em nossa Constituição Federal, exige que compreendamos a garantia de direitos para além da retórica, especialmente em um país de tantas desigualdades. Desaguadouro de disfunções sistêmicas, os ambientes de privação de liberdade abrigam sujeitos de direito que um dia retornarão ao convívio social, e cabe a nós garantirmos uma responsabilização proporcional, além de cidadania e oportunidades para que o ciclo penal e o ciclo socioeducativo cumpram seu papel.

Cuidar da privação de liberdade é um ganho duplo para a magistratura, pois, enquanto se prioriza a dignidade da pessoa humana na perspectiva do direito absoluto, se qualifica a prestação jurisdicional. Melhorar a oferta de serviços à população, de forma alinhada ao conceito de ‘CNJ raiz’ que defendi ao assumir a presidência desta Casa, envolve não apenas garantir a correta aplicação das leis, mas buscar racionalidade nos gastos públicos e apresentar respostas aos anseios da sociedade por um país mais seguro, desenvolvido e inclusivo.

É nesse contexto que damos sequência à série de ações trabalhadas em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e outras dezenas de parceiros para qualificar respostas no campo penal e no campo socioeducativo. A presente publicação soma-se a um vasto catálogo de publicações técnicas que reúnem conhecimento teórico e orientações com possibilidade de aplicação imediata para os diversos atores envolvidos nos sistemas de Justiça e de garantia de direitos.

O desafio de apresentar respostas institucionais qualificadas aos casos de pessoas com transtornos mentais ou com qualquer forma de deficiência psicossocial submetidas a processos criminais e socioeducativos ganhou fôlego com o avanço histórico que representa a aprovação e publicação da *Resolução CNJ n. 487, de 15 de fevereiro de 2023*, pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Este *Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário* foi construído para subsidiar a implementação da citada normativa e consolidar esse importante passo na busca pela universalização do direito à saúde desse público.

Esta publicação dá seguimento ao conjunto de medidas executadas pelo CNJ para incorporação de parâmetros internacionais de direitos humanos e do direito à saúde, cujo enfrentamento à temática tão complexa e eivada de estigmatização conforma uma das respostas anunciadas no âmbito do monitoramento do cumprimento da sentença da Corte Interamericana de Direitos Humanos proferida no Caso *Ximenes Lopes vs. Brasil*. Assim, colocamos à disposição um material fundamental para essa empreitada e desejamos que possam encontrar nele o suporte necessário para a materialização de mudanças no sentido da salvaguarda de direitos.

Rosa Weber

Presidente do Supremo Tribunal Federal e do Conselho Nacional de Justiça

AGRADECIMENTOS

À Unidade de Monitoramento e Fiscalização das Decisões da Corte Interamericana de Direitos Humanos (UMF Corte IDH/CNJ) e aos/às integrantes do Grupo de Trabalho para a realização de estudos e medidas voltadas à superação das dificuldades relativas à promoção da saúde mental, instituído pelo Conselho Nacional de Justiça por meio da Portaria n. 142/2021 como uma das estratégias para o cumprimento de determinação da Corte Interamericana de Direitos Humanos na sentença do Caso Ximenes Lopes vs. Brasil.

Aos Grupos de Monitoramento e Fiscalização dos Sistemas Carcerário e Socioeducativo (GMFs) e às equipes nacionais do Programa Fazendo Justiça (Coordenação Geral, Eixo 1 – Proporcionalidade Penal, Eixo 2 – Sistema Socioeducativo e Eixo 3 – Políticas de Cidadania), pelas contribuições, e às Coordenações Estaduais, pela habilidade em conduzir e apoiar Grupos de Trabalho estaduais e ações de desinstitucionalização e atenção integral às pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei.



PARTE I: PARÂMETROS E DIRETRIZES DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL

1 INTRODUÇÃO

Nas duas últimas décadas, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) emvidou esforços para assimilar as diretrizes da Lei n. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Durante esse período, foram promovidas atividades e publicadas normativas com orientações técnicas voltadas ao tema, no escopo de suas atribuições e visando à qualificação da atuação jurisdicional na área.

Salienta-se a realização do seminário “Saúde Mental e Lei: os desafios de implantação da Lei 10.216/2001 no Brasil”, no ano de 2012, organizado pelo **Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF/CNJ)**. Esse foi o primeiro evento a discutir os desafios encontrados por profissionais dos sistemas de justiça, saúde e assistência social e gestores/as da administração pública ao cumprir a política antimanicomial no âmbito da execução das medidas de segurança.

O CNJ também compilou normativas cujas diretrizes indicam a necessidade de efetivar o cumprimento da Lei n. 10.216/2001. Contudo, o enfrentamento aos desafios postos requer a qualificação e o aprofundamento das ações relativas à saúde mental das pessoas em conflito com a lei e em privação de liberdade, tornadas prioritárias com a interlocução do **DMF/CNJ**, por meio da **Unidade de Monitoramento e Fiscalização das Decisões da Corte Interamericana de Direitos Humanos do Conselho Nacional de Justiça (UMF Corte IDH/CNJ)** e do **Programa Fazendo Justiça**.

As primeiras normativas publicadas pelo CNJ a indicar a adoção da política antimanicomial na execução das medidas de segurança são:

- **Resolução CNJ n. 113/2010, que dispõe sobre os procedimentos relativos à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, no âmbito dos tribunais;**
- **Recomendação CNJ n. 35/2011, que dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança.**



Ressalta-se, ainda, que a Resolução CNJ n. 214/2015 indica que é atribuição dos **Grupos de Monitoramento e Fiscalização (GMFs)** fiscalizar e monitorar as condições de cumprimento da medida de segurança, podendo adotar as providências necessárias para observância das disposições legais aplicáveis.

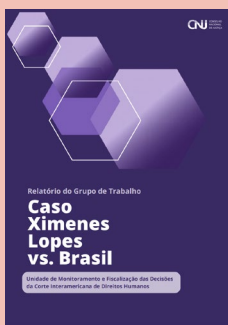
Atualmente, ações no âmbito da **Estratégia Judiciária para Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)** são fomentadas a partir da execução do **Programa Fazendo Justiça**. Este programa é uma parceria entre o CNJ e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), com apoio do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), para adoção de medidas voltadas ao enfrentamento dos desafios históricos dos sistemas de privação de liberdade brasileiros, a partir do reconhecimento pelo Supremo Tribunal Federal (STF) do estado de coisas inconstitucional nas prisões do país.

Organizado em quatro principais eixos de ação (Proporcionalidade Penal, Socioeducativo, Cidadania, Sistemas e Identificação Civil), o Programa Fazendo Justiça é atravessado por um quinto eixo, destinado às ações transversais e de gestão, todos reunidos em projetos que se alinham aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas. Entre os temas cujas metas são desenvolvidas no Programa, por meio das ações do Eixo 3, de Promoção da Cidadania e Garantia de Direitos das Pessoas Privadas de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, está contemplada a **saúde prisional** na mencionada Estratégia Judiciária para fortalecimento da PNAISP. Essa estratégia é constituída por ações, produtos e entregas previstas em etapas nas esferas nacional, estadual e municipal, almejando a qualificação da força de trabalho judiciária em favor da garantia de direitos humanos da população com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei.

Essas formulações vêm sendo construídas no sentido de ofertar respostas às demandas oriundas dos próprios territórios, trazidas ao conhecimento do Programa por meio de Coordenações Estaduais e GMFs. Nesse quesito, destacam-se a indução e supervisão de ações como a criação de Grupos de Trabalho (GTs) e Comitês interinstitucionais estaduais que tratam da temática da saúde mental no Sistema de Justiça Criminal e objetivam instituir fluxos de atuação e desinstitucionalização, além de realizar diagnósticos locais e eventos formativos sobre o tema.

Ainda no conjunto de ações do Eixo 3 do Programa Fazendo Justiça, foi realizada uma **consultoria especializada** no ano de 2021 sobre saúde mental e direitos humanos. Essa consultoria entregou os seguintes produtos: i) **Mapeamento de fluxos, práticas e políticas** existentes no Poder Judiciário destinados ao tema e levantamento de equipes do Serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei (EAP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) nos estados; ii) **Diagnóstico**, por meio de relatório analítico, dos fluxos, práticas e políticas identificadas nos Tribunais de Justiça referentes ao tratamento/encaaminhamento da pessoa com possível transtorno mental e/ou sofrimento psíquico, bem como análise acerca do levantamento das equipes EAP; iii) Proposta de **modelo orientador** destinado aos tribunais para atenção às pessoas com possível transtorno mental e/ou sofrimento psíquico; iv) Elaboração de **guia prático** destinado aos atores dos Poderes Judiciário e Executivo, apresentando a proposta metodológica e o modelo orientador, seus princípios, etapas e instrumentos; e v) Elaboração de conteúdo programático, ementa e material didático para **curso na modalidade Educação à Distância (EaD)** sobre a temática, destinado a magistrados/as e operadores/as do Direito.

As discussões em torno da respectiva temática também se deram no âmbito do **Grupo de Trabalho Caso Ximenes Lopes vs. Brasil**, instituído pela **Portaria CNJ n. 142/2021**, com o objetivo de realizar estudos e medidas voltados à superação das dificuldades relativas à promoção da saúde mental. O referido GT foi criado no bojo do monitoramento das medidas de cumprimento da sentença da Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH) no Caso Ximenes Lopes vs. Brasil pela UMF Corte IDH/CNJ.



A **UMF Corte IDH/CNJ**, em parceria com o **Programa Fazendo Justiça**, publicou o **Relatório do Grupo de Trabalho do Caso Ximenes Lopes vs. Brasil**, que trata da incorporação dos **Parâmetros Internacionais de Direitos Humanos sobre Saúde Mental no Poder Judiciário**

Utilize o QR code para acessar o Relatório do GT do Caso Ximenes Lopes vs. Brasil



Uma das medidas decorrentes da atuação do DMF/CNJ, UMF Corte IDH/CNJ e Programa Fazendo Justiça foi a realização do **Seminário Internacional de Saúde Mental: Possibilidades para a efetivação da Política Antimanicomial na interface com o Poder Judiciário**, em junho de 2023, em parceria com o Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (TJPR). Esse evento mobilizou importantes especialistas na área, e contou com a participação de magistrados/as de diversos estados, além da assinatura de **Protocolo de Intenções** entre o CNJ e o Ministério da Saúde para a construção de um **Plano Nacional de Implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário**.



Acesse a página do Seminário Internacional de Saúde Mental



Acesse a página da Política Antimanicomial do Poder Judiciário

A **Resolução CNJ n. 487, de 15 de fevereiro de 2023**, institui a **Política Antimanicomial do Poder Judiciário** e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e a Lei n. 10.216/2001 no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.

Nela consta a previsão de publicação do presente **Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário**, que reflete o percurso trilhado com o apoio técnico aos GMFs, a produção de documentos e o acúmulo de discussões dos encontros do referido GT sobre saúde mental do CNJ.



A **Resolução CNJ n. 487/2023** indica a elaboração de Manual voltado à orientação de tribunais e magistrados/as quanto à sua implementação (art. 23). Assim, esta publicação foi subsidiada pelos dispositivos do ato normativo em questão, e está organizada do seguinte modo: num primeiro momento, apresenta a **contextualização** da temática e o arcabouço normativo internacional e doméstico; **princípios** para alinhamento aos paradigmas do cuidado em liberdade, à Reforma Psiquiátrica e ao modelo biopsicossocial da deficiência, e **diretrizes** para atenção integral às pessoas com transtornos mentais ou qualquer forma de deficiência psicossocial; e **conteúdos conceituais relevantes**.

Adiante consta o **Modelo Orientador da Política Antimanicomial do Poder Judiciário**, que, em síntese, tem a finalidade de apresentar, por meio de dimensões estratégicas, institucionais, normativas e operacionais, um percurso de garantia de direitos humanos em saúde mental. Em seguida, consolida uma proposta metodológica para a efetivação da atenção integral, incluídas também situações de pessoas custodiadas em unidades prisionais.

Ao final, os anexos incluem a **proposição de fluxos, instrumentos e modelo de minuta de Termo de Cooperação**. Esses subsídios podem alinhar caminhos interinstitucionais adequados às normas orientadas pelos paradigmas acima indicados, de modo a apoiar as ações nas localidades.

Este Manual é destinado ao Poder Judiciário, mas com repercussão na atuação do Sistema de Justiça como um todo, bem como em sua relação com o Poder Executivo. No que se refere à necessidade de condução de procedimentos em rede e de forma articulada entre os diferentes atores e atrizes envolvidos/as, versa sobre saúde mental e direitos humanos em contexto de conflitualidade legal, cujas etapas estão amparadas na legislação vigente e no corpo de normativas sobre a temática. Desse modo, trata-se de documento cujas orientações técnicas podem viabilizar a mediação entre o trabalho jurisdicional e a necessária incorporação dos parâmetros da CDPD, por meio de olhares e ações transdisciplinares, intersetoriais e interinstitucionais.

Assim, esta publicação se constitui em importante documento técnico orientador da assimilação de perspectivas antimanicomiais na execução de ações de atenção e cuidado em saúde mental e desinstitucionalização, conforme normativas vigentes e compromissos internacionalmente assumidos pelo Estado brasileiro. Deseja-se que o material possa subsidiar a institucionalização de ferramentas na prática dos atores e atrizes dos tribunais brasileiros, com vistas a uma efetiva política de atenção integral às pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial apresentadas ao Sistema de Justiça Criminal, garantidora do cuidado em saúde mental extramuros e de base comunitária.

1.1. Por que um Manual da Política Antimanicomial destinado aos tribunais?

Este Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário foi construído de acordo com as diretrizes do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), nos termos das normas e princípios constitucionais que orientam os Sistemas Penal e Prisional, e lastreado nos **paradigmas da Reforma Psiquiátrica brasileira e do modelo biopsicossocial da deficiência**. Ele conforma uma proposta para promoção e proteção de direitos, prevenção a riscos e danos decorrentes da institucionalização, tratamento digno e reabilitação psicossocial.

O objetivo é contribuir com a ampliação e qualificação da atuação judiciária e, porque em rede, executiva, na qualidade de agentes de mudança nas práticas de cuidado. Para tanto, depreende-se que o fortalecimento do processo de trabalho das autoridades com poder de decisão e das correspondentes equipes técnicas pode partir da utilização e alinhamento dos conceitos, diretrizes, saberes práticos, técnicos e éticos e procedimentos graficamente ilustrados (fluxogramas) voltados a um modelo de cuidado em liberdade, no contexto de conflitualidade legal. Nesse sentido, é oportuno iniciar apresentando o **escopo** e o público abrangido pela **Resolução CNJ n. 487/2023**.

A **Política Antimanicomial do Poder Judiciário** foi instituída “por meio de procedimentos para o tratamento das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial que estejam custodiadas, sejam investigadas, acusadas, réis ou privadas de liberdade, em cumprimento de pena ou de medida de segurança, em prisão domiciliar, em cumprimento de alternativas penais, monitoração eletrônica ou outras medidas em meio aberto” (art. 1º).



Reitera-se que o conteúdo ora apresentado reflete as diretrizes para assegurar os direitos dessa população e se mostra coerente com perspectivas alinhadas ao cuidado em liberdade e de base comunitária, conforme disposto na Lei n. 10.216/2001 e na CDPD.

Em conformidade com a CDPD, a **Resolução CNJ n. 487/2023** considera **pessoa com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial** “aquela com algum comprometimento, impedimento ou dificuldade psíquica, intelectual ou mental que, confrontada por barreiras atitudinais ou institucionais, tenha inviabilizada a plena manutenção da organização da vida ou lhe cause sofrimento psíquico e que apresente necessidade de cuidado em saúde mental em qualquer fase do ciclo penal, independentemente de exame médico-legal ou medida de segurança em curso” (art. 2º, I).



A **Resolução CNJ n. 487/2023** também abrange as pessoas em sofrimento ou com transtorno mental relacionado ao uso abusivo de álcool e outras drogas, a serem encaminhadas para as Redes de Saúde (art. 2º, parágrafo único).

Para construir respostas qualificadas nesse cenário, parte-se da compreensão de que os sistemas envolvidos na Política Antimanicomial do Poder Judiciário – Penal, de Justiça, de Saúde e outros –, são estruturados pelo racismo, que orienta as institucionalidades, o *modus operandi*, e se manifesta em suas dinâmicas de funcionamento cotidianas (ALMEIDA, 2019). Assim, os atravessamentos e a convergência de marcadores sociais da desigualdade, como raça, classe, gênero, geração etc. agem na definição das pessoas mais atingidas pela violação sistemática de direitos. Portanto, o recorte interseccional deve compor as lentes de atenção do público envolvido na implantação da **Política Antimanicomial do Poder Judiciário**, para agir sobre a desproporção que afeta de modo assimétrico segmentos sociais com vulnerabilidades acrescidas, e que também produz efeitos sobre a saúde mental.

A **Resolução CNJ n. 487/2023** tem em seus **princípios** “o respeito pela diversidade e a vedação a todas as formas de discriminação e estigmatização, e designa atenção especial a aspectos interseccionais que agravam e impactam populações específicas no contexto de privação de liberdade, com destaque para a população negra, LGBTQIA+, mulheres, mães, pais ou cuidadores/as de crianças e adolescentes, pessoas idosas, convalescentes, migrantes, população em situação de rua, povos indígenas e outras populações tradicionais, além das mencionadas pessoas com deficiência” (art. 3º, II).

Nesse sentido, a elaboração de (i) princípios para alinhamento aos paradigmas do cuidado em liberdade, à Reforma Psiquiátrica e ao modelo biopsicossocial da deficiência, (ii) diretrizes para

garantia de tratamento adequado e (iii) conteúdos conceituais alicerça uma estrutura que permite palmilhar o caminho da garantia dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei ao longo do ciclo penal. Além disso, a presente proposta consolida os pilares do **Modelo Orientador**, elaborado para a proposição de estratégias concretas voltadas à operacionalização da respectiva política, com fluxogramas de atenção à saúde mental e demais direitos no contexto do cuidado em liberdade, e instrumental voltado ao mapeamento dinâmico de serviços sanitários e socioassistenciais.

Trata-se, portanto, de proposta metodológica que explora, com mais ênfase, as estratégias de trabalho, de relação interinstitucional e de caráter principiológico, pilares centrais para a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e para a atuação dos **Comitês Estaduais Interinstitucionais de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário (CEIMPAs)**, previstos no art. 20, VI, da Resolução CNJ n. 487/2023, e de programas de atenção integral às pessoas com transtornos mentais ou deficiência psicossocial em conflito com a lei.

É oportuno registrar que o respectivo ato normativo prevê, em seu art. 22, sua aplicação a **adolescentes com transtorno mental apreendidos/as, processados/as por cometimento de ato infracional ou em cumprimento de medida socioeducativa**, no que couber, enquanto não for elaborado ato normativo próprio. Essa previsão considera a condição de pessoa em desenvolvimento, o princípio da prioridade absoluta e o princípio da legalidade (art. 35, inciso I, da Lei n. 12.594/2012), que veda que ao/à adolescente seja dado tratamento mais gravoso do que o conferido ao adulto. A temática será abordada em publicação futura que tratará detidamente da realidade desse público, haja vista as diferenças do **sistema socioeducativo**.

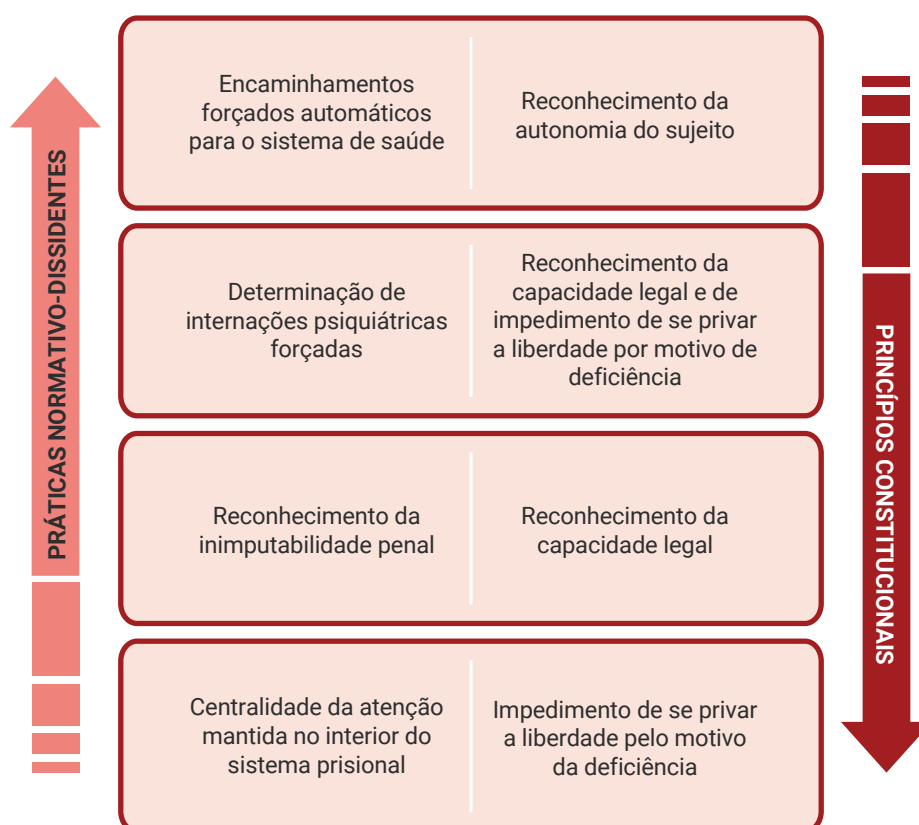
A imprescindibilidade desse Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário também se assenta nos resultados obtidos em inédito diagnóstico nacional sobre as práticas de cuidado das pessoas com transtornos mentais ou deficiência psicossocial, realizado pelo CNJ em 2021, no escopo da consultoria mencionada na introdução. O levantamento ocorreu por meio da aplicação de formulários a vários segmentos institucionais, entre eles as Varas de Conhecimento e Execução Penal. Dentre os achados, os dados apresentam tendências de conduta dessas Varas, que transitam entre adotar a orientação da norma penal – em descon sideração ao marco regulatório de direitos humanos e da atual legislação que trata dos direitos das pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial – e validar a internação psiquiátrica compulsória, contudo, no ambiente de saúde.

A consolidação dos dados mapeados possibilitou traçar um panorama que informou estarem as instituições judiciárias e penais às voltas com as seguintes questões:

- Carência de **profissional ou função** especializada no tema;
- Carência de atividades formativas em **Educação Permanente**;
- **Baixa** densidade da **articulação** entre serviços penais e segmentos judiciários e as redes de atenção à saúde;

- Desconhecimento e discordância acerca de normativas de **indução ao investimento** em políticas públicas relevantes na temática.

Diante disso, observa-se que as **principais demandas** se localizam em torno da produção e gestão do conhecimento, qualificação profissional e articulação interinstitucional. Esse cenário encontra absoluta conjunção com outro, mais amplo, de reais colisões entre práticas normativo-dissidentes e princípios-normas constitucionais e infraconstitucionais que estabelecem uma relação inversamente proporcional conforme figura abaixo. Tais aspectos serão aprofundados no decorrer deste Manual.



A ilustração acima destina-se a apresentar os pontos nevrálgicos do debate identificados no aludido diagnóstico, que coloca em evidência tensões na relação entre as práticas institucionais e o corpo normativo constitucional, derivado da CDPD, ratificada com base no art. 5º, §3º da Constituição Federal.

Para melhor compreensão acerca dos conteúdos que serão abordados neste Manual, apresenta-se a ilustração abaixo:



Assim, esta publicação busca ofertar uma gama de materiais de várias linguagens e estratégias, mas com um único fim: a assimilação e a partilha de conhecimento técnico e experiências que espelham diversidades institucionais e regionais, no sentido da **garantia de direitos humanos das pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial**.



**ARCABOUÇO NORMATIVO
ESTRUTURANTE DA
POLÍTICA ANTIMANICOMIAL
DO PODER JUDICIÁRIO**

2

ARCABOUÇO NORMATIVO ESTRUTURANTE DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL DO PODER JUDICIÁRIO

A **Resolução CNJ n. 487/2023** repisa legislações internacionais e domésticas em vigor no Brasil pelo menos desde 2001, em especial a Lei n. 10.216/2001, que ficou conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Ao observar a Constituição Federal, o Código Penal, Código de Processo Penal, a Lei Brasileira de Inclusão (Lei n. 13.416/2015), a CDPD e as normativas oriundas de conselhos dos Poderes Executivo e Judiciário, a normativa do CNJ consolida o longo percurso trilhado para conformar esse arcabouço, segundo o qual o desfrute do mais elevado nível de tratamento em saúde mental localiza a internação como *ultima ratio*, mas veda, expressamente, que esta ocorra em instituições com características asilares.

Neste capítulo, envereda-se pelos marcos normativos dessa longa história, que demonstram que, **diferentemente de criar nova situação, trata-se de consolidar diretrizes práticas para a institucionalização de regras já existentes**, porém ainda não efetivamente cumpridas no âmbito dos HCTPs. Passa-se, então, a situar o Poder Judiciário nesse cenário, o que requer compreensão contextual e a retomada de cada uma dessas normativas para a atualização de procedimentos e criação de fluxos interinstitucionais, de modo que se tenha cenário de verdadeira adequação a essas normas.

2.1. Contextualização

A incorporação do **direito à saúde** na Constituição Federal brasileira corresponde a um longo processo de mobilização de movimentos sociais e profissionais da saúde, iniciado na década de 1970. Na estratégia de apresentação de propostas legislativas, os/as atores e atrizes nomeados/as sanitaristas reivindicaram, através de intensa participação na construção da agenda constitucional, a disposição deste direito em caráter ampliado: todas as pessoas devem ter o acesso à saúde de forma integral garantido por lei, mediante compartilhamento e integração de ações nos três níveis da federação (CORREIA, 2017).

Por considerar os múltiplos determinantes que interagem sobre a realidade na qual o direito à saúde se aplica, o SUS tanto engloba políticas voltadas a segmentos sociais específicos, a exemplo da **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)**, instituída pela **Portaria GM/MS n. 992/2009**¹, como o faz mediante conexão com outras políticas sociais. Rememora-se o art. 23 da Carta Magna, que atribui a competência comum da União, estados e municípios para cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia dos direitos das **pessoas com deficiência**.

¹ O direito à saúde da população negra também foi abordado no Estatuto da Igualdade Racial, vide a Lei n. 12.288/2010.

PRINCIPAIS MARCOS NORMATIVOS DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL OU DEFICIÊNCIA PSICOSSOCIAL

Lei n. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, redireciona o modelo assistencial em saúde mental e veda a internação em instituições com características asilares;

Resolução CNJ n. 113/2010 e a **Recomendação CNJ n. 35/2011**, publicadas com o objetivo de adequar a atuação da justiça penal aos dispositivos da Lei n. 10.216/2001, privilegiando-se a manutenção da pessoa em sofrimento mental em meio aberto e o diálogo permanente com a rede de atenção psicossocial;

Lei n. 13.146/2015 - Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), que assegura e promove, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania;

Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (1984) e seu **Protocolo Facultativo (2002)** e a necessidade de combater práticas que produzam sofrimento e violações de direitos humanos nas instituições de tratamento da saúde mental, públicas ou privadas;

Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (2009), pela qual o Estado brasileiro comprometeu-se a promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais das pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação;

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída por meio da **Portaria Interministerial n. 1/2014**, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, bem como da **Portaria n. 94/2014**, do Ministério da Saúde, que institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei;

Art. 9º, § 3º, da Resolução CNJ n. 213/2015, que dispõe sobre a realização de audiência de custódia, disciplinando sobre a garantia de acesso aos serviços médico e psicossocial, resguardada sua natureza voluntária, para pessoas que apresentem quadro de transtorno mental ou dependência química;

Relatório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos das Nações Unidas, apresentado na 34ª Sessão da Assembleia Geral da ONU em janeiro de 2017, que expõe um conjunto de recomendações voltadas à qualificação dos serviços de saúde mental, a acabar com a prática do tratamento involuntário e da institucionalização e para criação de um ambiente político e legal que assegure a garantia dos direitos humanos das pessoas com deficiências psicossociais;

Resolução n. 8/2019 do Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH), destinada à orientação das políticas de saúde mental e uso problemático de álcool e outras drogas em todo o território nacional;

Resoluções n. 04/2010 e n. 05/2004 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP), para a aplicação da Lei n. 10.216/2001 à execução das medidas de segurança;

Resolução CNJ n. 288/2019, que define a política institucional do Poder Judiciário para a promoção da aplicação de alternativas penais, com enfoque restaurativo, em substituição à privação de liberdade, bem como a **Resolução n. 2002/2012 do Conselho Econômico e Social da ONU**, destinada à orientação dos princípios básicos para a utilização de programas de justiça restaurativa em matéria criminal, além da **Resolução CNJ n. 225/2016**, que dispõe sobre a Política Nacional de Justiça Restaurativa no âmbito do Poder Judiciário;

Resolução CNJ n. 425/2021, que institui, no âmbito do Poder Judiciário, a Política Nacional Judicial de Atenção a Pessoas em Situação de Rua e suas interseccionalidades;

Resolução n. 487 de 15/02/2023, que institui a **Política Antimanicomial do Poder Judiciário** e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.

As **Leis n. 8.080/1990** e **n. 8.142/1990** determinam princípios e diretrizes para a implementação do direito à saúde e regulamentam as condições para sua promoção e proteção, bem como para todo o funcionamento e gestão do SUS, de suas redes, serviços e equipamentos. Ainda, tratam da dinâmica de participação social na construção da política deste direito social.

A Lei de Execução Penal (LEP, 1984) reconhece o direito à saúde (art. 41) como parte da assistência a ser prestada à pessoa privada de liberdade, incluídas aquelas em condição de internação (arts. 10 e 14).

No campo da saúde mental, a consagração da **Reforma Psiquiátrica brasileira**, notadamente a partir do advento da **Lei n. 10.216/2001**, mesmo depois de anos de sua promulgação, encontra-se em distintos passos de garantia de direitos humanos, a depender dos diversos públicos alvos da intencionalidade normativa. Os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) são a expressão da reorientação do modelo de atenção psicossocial a pessoas que, em geral, apresentam transtornos mentais ou deficiência psicossocial. A respeito desta complexa mudança de paradigma, salienta-se:

*Em processo desde o final da década de 1970, a Reforma Psiquiátrica tem contribuído para a implementação de uma nova política pública de assistência aos pacientes psiquiátricos e a construção de tecnologias de cuidado inovadoras. A substituição progressiva do hospital psiquiátrico por serviços regionalizados é um de seus aspectos. Também a busca de uma **forma de cuidado que, ao mesmo tempo, diminua o sofrimento humano, produza autonomia e ampliação dos laços sociais – ao invés de segregação, violência e abandono** – é outro aspecto, do mesmo modo que a luta contra a exclusão social e o estigma de incapacidade e periculosidade associado à doença mental. Nesse projeto de mudança da política governamental, da clínica e da representação social em torno da loucura, um dos desafios diz respeito à parcela de encargo, implicação ou engajamento tanto dos profissionais e serviços, como dos vizinhos, familiares e usuários. (SILVA, 2005, p. 304, grifos nossos).*

No que tange a alguns segmentos específicos, como a população privada de liberdade nas instituições vinculadas aos órgãos que administram o sistema prisional, os avanços são de menor monta, sobretudo porque, nesse campo, o paradigma manicomial se arvora no discurso da periculosidade por meio das **medidas de segurança**. Nesse sentido é que muitas instituições públicas com

atribuição para atuar nesse contexto carecem de acesso a entendimentos, consensos e adaptações institucionais que convirjam, celeremente, com os preceitos desse outro paradigma.

Na interface entre sistema prisional e política de saúde mental, é somente em 2014, com a publicação da **Portaria Interministerial n. 1, 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)**, que se estruturam ações psicossociais sob a perspectiva das redes de atenção à saúde. Isso se deu a partir da inclusão de profissionais com formação em saúde mental na modalidade mais qualificada da equipe de atenção básica, incumbida das estratégias gerais de atenção à saúde dessa população no âmbito da PNAISP.

Em seguida, a **Portaria GM/MS n. 94/2014**, 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 SUS, cria um dispositivo conector configurado por equipe denominada **EAP**. Esta equipe atua na tessitura existente entre as agências judiciais, de responsabilização e internação por medida de segurança e políticas sociais, desde a fase processual de conhecimento até o final da execução de eventual reprimenda imposta pelo Poder Judiciário. Essas normas administrativas são as mais relevantes para a compreensão e ativação de estratégias de atenção psicossocial junto à população em conflito com a lei.

A **CDPD** foi ratificada pelo Brasil em 2008, após aprovação de seu texto pelo **Decreto Legislativo n. 186/2008** com status **constitucional**, conforme prevê o art. 5º, § 3º da Constituição Federal. Promulgada pelo **Decreto n. 6.949/2009**, ela alavanca, rigorosamente, o **modelo biopsicossocial da deficiência**, paradigma que, junto ao da Reforma Psiquiátrica brasileira, estabelece um outro modo de a sociedade e o Estado lidarem com as pessoas com deficiência, inclusive no contexto de privação de liberdade.

De acordo com a CDPD: **“Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial**, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.”.

Na construção da noção de **deficiência psicossocial** na normatividade internacional, depreende-se do “Glossário dos Principais Termos”, anexo II, do *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*, sobre pessoas com “*discapacidades psicossociales*”:

Se referem às pessoas com diagnóstico de transtorno mental que tenham sofrido os efeitos de fatores sociais negativos, como o estigma, a discriminação e a exclusão. As pessoas que lidam com deficiências psicossociais são, por exemplo, as que usam ou usaram os serviços de saúde mental, assim como quem se considera sobrevivente desses serviços ou que tem a própria deficiência psicossocial. (OMS, 2013, p. 43, tradução nossa).

No campo jurídico político internacional, essas asserções subsidiam o estabelecimento de orientações ao poder estatal interno, o que inclui a Justiça Penal. Conforme o *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030* (OMS, 2022), a mesma organização internacional assevera a importância da adoção de medidas para correção das desigualdades geradas por décadas de discriminação contra as pessoas com deficiência, incluídas aquelas com transtornos mentais ou deficiências psicossociais (OMS, 2022, p. 3, grifo nosso):

Las personas con trastornos mentales suelen vivir situaciones de vulnerabilidad y pueden verse excluidas y marginadas de la sociedad, lo cual representa un importante impedimento para la consecución de los objetivos de desarrollo nacionales e internacionales. La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, vinculante para los Estados-partes que la han ratificado o se han adherido a ella, protege y fomenta los derechos de todas las personas con discapacidad, **incluidas las que padecen trastornos mentales e intelectuales**, y también estimula su inclusión plena en la cooperación internacional, y en particular en los programas internacionales de desarrollo.

*As pessoas com transtornos mentais frequentemente vivenciam situações de vulnerabilidade e podem se ver excluídas e marginalizadas na sociedade, o que representa um grande impedimento para o alcance dos objetivos de desenvolvimento nacionais e internacionais. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, obrigatória para os Estados partes que a ratificaram ou a ela aderiram, protege e promove os direitos de todas as pessoas com deficiência, **inclusive aquelas com transtornos mentais e intelectuais**, bem como incentiva sua plena inclusão na cooperação internacional e, em particular, em programas internacionais de desenvolvimento (tradução nossa).*

Para identificar e apoiar segmentos que apresentam “especial risco de transtorno mental” e que tenham dificuldades no acesso a serviços desse campo, o documento aponta a importância da identificação e avaliação das necessidades de diferentes grupos sociodemográficos da comunidade, incluindo as necessidades das pessoas privadas de liberdade e outras parcelas da população em situação de vulnerabilidade acrescida, para a adoção de medidas que visem a eliminar os obstáculos que impedem o acesso ao tratamento, atenção e apoio (OMS, 2022, p. 29).

Esse mesmo documento fala da promoção do exercício da capacidade jurídica como meta mundial (OMS, 2022). Em 2016, a **Lei n. 13.146/2015** – conhecida como **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI)** – entrou em vigor com auspiciosos avanços para atualização dos direitos humanos desse segmento. Ela reafirma a determinação do reconhecimento da capacidade legal dessa população como via para a erradicação de condutas capacitistas, compreendidas como aquelas que representam a discriminação de qualquer pessoa por motivo de deficiência.

Atenção!



Conforme o art. 2º da CDPD, a ideia de “discriminação por motivo de deficiência” é definida como “qualquer diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, com o propósito ou efeito de impedir ou impossibilitar o reconhecimento, o desfrute ou o exercício, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais nos âmbitos político, econômico, social, cultural, civil ou qualquer outro. Abrange todas as formas de discriminação, inclusive a recusa de adaptação razoável” (abordada no tópico 4.1).

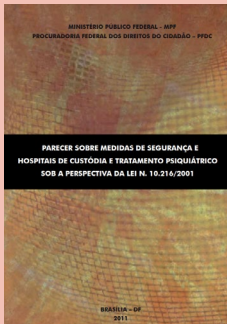
Este conceito foi incorporado à LBI, em seu art. 4º, § 1º, que também incluiu a recusa de fornecimento de tecnologias assistivas.

Como se verá adiante, também no âmbito do Executivo federal e no interior das instituições judiciárias foram debatidas as diretrizes estabelecidas pela Lei n. 10.216/2001, incorporadas através da consolidação de Resoluções e Recomendações do **Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP)**, além deste CNJ. Ademais, diversos estados já contam com ações ou programas locais que buscam incorporar esses parâmetros², alguns deles não contendo estruturas como os chamados HCTPs, já denominados manicômios judiciários.

Nesse sentido, há uma profusão de normas de diferentes fontes e hierarquias que constituem o fenômeno jurídico do conflito aparente de normas. Considerando os critérios da anterioridade, especialidade e hierárquico, o modelo de execução da medida de segurança instituído em 1984 passa em 2001 a ser orientado pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, que deve também adequar-se ao modelo biopsicossocial da deficiência, desde 2009. Com a publicação da **Resolução CNJ n. 487/2023**, é cumprido importante papel regulamentar de detalhar diretrizes para alinhamento da atuação jurisdicional nas diversas fases processuais.

Todos esses documentos instam as instituições afins a atuarem no sentido da desinstitucionalização, da negação do caráter terapêutico do internamento como regra, e do redirecionamento do modelo assistencial à saúde mental em serviços substitutivos em meio aberto, ensejando a consolidação de uma orientação de amplitude nacional para atenção integral às pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial apresentadas ao Sistema de Justiça, incluídos os Sistemas Criminal, Penal e Socioeducativo.

² Trata-se do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), no estado de Minas Gerais; Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), em Goiás; Programa de Atenção Integral a Pessoas com Transtornos Mentais em Conflito com a Lei no Estado do Maranhão (PAIMA); Programa de Cuidado Integral ao Paciente Psiquiátrico (PCIPP) no Piauí; Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Estado do Pará (Praça); e Programa de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei do Estado da Paraíba (PROA-PB).



Oportuno resgatar que, em 2011, a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF) publicou o "**Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei n. 10.216/2001**". Trata-se de produto originário da atuação de uma comissão multidisciplinar composta por autoridades especializadas no tema, convocada para realizar uma análise da legislação penal, processual penal e da Lei de Execução Penal (LEP) no que diz respeito ao cumprimento das medidas de segurança conforme a Lei n. 10.216/2001, sistematizando, pela primeira vez, diretrizes que buscavam solucionar o conflito aparente das referidas normas.



Utilize o QR code para acessar o parecer

2.2. Direitos das pessoas com deficiência e a proteção internacional dos direitos humanos: o exercício do controle de convencionalidade

O Brasil aderiu e promulgou normas internacionais que tratam da proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial. Para garantir sua efetividade, foi criado um conjunto de obrigações ao Estado, que implica a responsabilização das instituições e órgãos competentes na temática.

No âmbito do CNJ, a **Unidade de Monitoramento e Fiscalização das Decisões e Deliberações da Corte Interamericana de Direitos Humanos (UMF/Corte IDH)** foi instituída pela **Resolução CNJ n. 364/2021** e trabalha para o fomento da prática do controle de convencionalidade no exercício da função jurisdicional. Tendo em vista sua atribuição como mecanismo para implementação de decisões e deliberações de natureza internacional, a UMF tem atuado em prol do cumprimento da sentença da Corte IDH proferida no Caso Ximenes Lopes vs. Brasil.

Tem-se que as decisões proferidas pela Corte IDH operam efeitos automáticos no ordenamento jurídico brasileiro, sendo vinculantes a todas as esferas do Poder Público. Com o intuito de promover orientações para que o exercício do controle de convencionalidade pelos órgãos judiciais, no Brasil, se dê em sintonia com os padrões internacionais, o CNJ editou a **Recomendação CNJ n. 123/2021**, que recomenda ao Poder Judiciário a **observância dos tratados internacionais de Direitos Humanos e o uso da jurisprudência da Corte IDH**.

Nos termos do art. 68 da **Convenção Americana sobre Direitos Humanos (CADH)**, tratado internacional que dá base à jurisdição da Corte IDH, os Estados se comprometem a cumprir as decisões dos casos em que forem partes. Tal obrigatoriedade de implementação das decisões internacionais, por força do **controle de convencionalidade**, à luz do art. 2 da CADH, impõe aos Estados a **obrigação de adotar as medidas que forem necessárias para tornar efetivos os direitos internacionalmente consagrados nos documentos internacionais aos quais o Brasil se vinculou, no exercício de sua soberania**.

Compete, portanto, aos/às operadores/as do Sistema de Justiça, principalmente aos/às magistrados/as, verificar a **compatibilidade de atos normativos, leis e decisões judiciais internas com os preceitos internacionais**, notadamente os tratados de direitos humanos e a jurisprudência internacional, que estabelecem o modo de interpretação e aplicação das normas. Isto significa dizer que cabe à magistratura nacional o conhecimento dos tratados ratificados pelo Estado brasileiro e da jurisprudência exarada pelos órgãos de monitoramento internacionais respectivos.

Vale lembrar!



A **CADH**, de 1969, foi ratificada pelo Estado brasileiro em 1992, por meio do **Decreto Legislativo n. 27/1992**, e promulgada por meio do **Decreto n. 678/1992**. Trata-se de **instrumento basilar do Sistema Interamericano de Direitos Humanos** que dispõe sobre uma série de direitos, como os direitos à vida (art. 4), à integridade pessoal (art. 5), à liberdade pessoal (art. 7), e garantias, como as garantias judiciais (art. 8) e a proteção judicial (art. 25). Em virtude de decisão proferida pelo **Supremo Tribunal Federal (STF)** em 2008, no âmbito do RE 466.343, a CADH é **dotada de hierarquia supralegal, mas infraconstitucional**.

No contexto da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, faz-se importante repetir que a internalização da CDPD pelo Brasil se deu com **força de emenda constitucional**, decorrente de ratificação nos termos do artigo 5º, § 3º, da Constituição Federal, por meio do Decreto n. 6.949/2009. Essa Convenção repercute no compromisso de promover o pleno exercício dos direitos e das liberdades das pessoas com deficiência, sem qualquer forma de discriminação, bem como o reconhecimento de sua capacidade legal, conforme preleciona o **modelo biopsicossocial da deficiência**.

“Os Estados partes assegurarão que as pessoas com deficiência, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas: a) Gozem do direito à liberdade e à segurança da pessoa; e b) Não sejam privadas ilegal ou arbitrariamente de sua liberdade e que toda privação de liberdade esteja em conformidade com a lei, e que a existência de deficiência não justifique a privação de liberdade”. (Art. 14.1, **CDPD**).

Nesse sentido, e considerando que **a deficiência em si não pode ser motivo para privação de liberdade**, dado que é uma **condição de vida, e não do delito**, não se admite, nos mesmos parâmetros normativos, a submissão desse público a internações forçadas em razão do cometimento de crime.

Assim, com a CDPD, são requeridos do Estado brasileiro esforços para a tomada das providências cabíveis para o enfrentamento da condição de privação de liberdade fundamentada na existência de deficiência, bem como para a eliminação de obstáculos para o exercício de seus direitos, a partir de sua interação social. Particularmente quanto ao **modelo biopsicossocial da deficiência**, a noção de **adaptação razoável** se conecta às normativas que regulamentam demais políticas públicas voltadas a assegurar direitos sociais, como será visto no capítulo conceitual deste Manual.

Também é oportuno registrar que fazem parte do conjunto de normativas legais internacionais considerado pela Resolução CNJ n. 487/2023, a **Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes** (1984), promulgada pelo Decreto n. 40/1991, e seu **Protocolo Facultativo** (2002), promulgado pelo Decreto n. 6.085/2007.

A adesão do Brasil a esta Convenção e ao seu Protocolo deve implicar **proatividade em prevenir e combater a produção de sofrimento decorrente de segregação em instituições de privação de liberdade para tratamento de saúde mental**, sejam elas públicas ou privadas. Disto decorre a importância em estruturar os Sistemas Nacional e Estaduais de Prevenção e Combate à Tortura, que englobam os Comitês e Mecanismos de Prevenção e Combate à Tortura.

2.3. Lei n. 10.216/2001 e demais orientações normativas domésticas

Após longos anos de debate legislativo, a **Lei federal n. 10.216/2001** tornou-se **normativa basilar** para a garantia de direitos das pessoas com transtorno mental no Brasil. Ela é trazida neste Manual para qualificar o tratamento direcionado às pessoas nessas condições que ainda estão segregadas em Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs), público este reconhecido por não ser identificado sobre ele impacto estrutural da legislação em questão.

Vale lembrar!

Para o contexto de conflitualidade legal, a Resolução CNJ n. 487/2023 reprisa direitos que a **Lei n. 10.216/2001** já garante desde 2001:

“Art. 2º Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I – ter **acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;**

II – ser tratada com **humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde**, visando alcançar sua **recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;**

III – ser protegida **contra qualquer forma de abuso e exploração;**

IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI – ter **livre acesso aos meios de comunicação** disponíveis;

VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII – ser **tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;**

IX – ser **tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.**” (Lei n. 10.216/2001, grifo nosso).



A Lei n. 10.216/2001 estabelece a **vedação de internação** de pessoas com transtornos mentais em instituições com características asilares, compreendidas como aquelas que: a) não oferecem assistência integral, incluídos serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, entre outros, e; b) não asseguram os direitos expressos na própria legislação, a exemplo do acesso a tratamento consentâneo às suas necessidades e, preferencialmente, em serviços comunitários, e a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração. Os HCTPs podem ser caracterizados como **instituições de natureza asilar** que não garantem os direitos e assistências assinalados na Lei n. 10.216/2001, conforme identificado nos relatórios de instituições de monitoramento como o **Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT)**³ e **Conselhos Regionais e Federais de Medicina, Psicologia, entre outros**.⁴

Essa diretriz está refletida na **Resolução CNJ n. 487/2023**. Da decisão de encaminhamento ao Sistema de Saúde, infere-se que se deve privilegiar a **avaliação multiprofissional** conforme cada caso, tendo em conta o interesse exclusivo de **benefício à saúde** da pessoa e, quando indicado no Projeto Terapêutico Singular (PTS), o **cuidado em ambiente terapêutico** em estabelecimentos de saúde de caráter não asilar, pelos meios menos invasivos possíveis.

Ademais, as obrigações assumidas pelo Brasil com o sistema internacional também implicaram produção de normativas domésticas, a exemplo da **Lei n. 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – LBI)**, publicada em conformidade com a Convenção correlata. Na legislação nacional, a capacidade legal das pessoas com deficiência também é reconhecida de modo que assegura e promove o exercício dos direitos e das liberdades deste público em condições de igualdade com as demais pessoas.

O impacto das normativas internacionais tratadas no tópico anterior também recaiu sobre regulamentos internos que tratam da prevenção e combate à tortura. É oportuno destacar que o Brasil instituiu o **Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (SNPCT) pela Lei n° 12.847/2013**. Considerando este precedente, o CNJ publicou a **Resolução CNJ n. 414/2021**, que estabelece diretrizes e quesitos periciais para a realização dos exames de corpo de delito nos casos em que haja indícios de prática de tortura e outros tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, em observância aos parâmetros internacionais instaurados pelo **Protocolo de Istambul**.

³ Relatórios disponíveis em: <https://mnpctbrasil.wordpress.com/relatorios/>.

⁴ Relatórios disponíveis em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/inspecoes-aos-manicomios-relatorio-brasil/>; e em: https://www.cremesp.org.br/pdfs/Livro_Hospital_de_Custodia.pdf.

Ao tratar dos “Quesitos individualizados ao caso concreto”, o **Protocolo de Quesitos** anexo à **Resolução CNJ n. 414/2021** indica:

Além dos quesitos acima, serão formulados quesitos próprios e específicos para o exame de corpo de delito relacionados às peculiaridades do caso concreto. Por exemplo, quesitos individualizados poderão contemplar a análise pericial sobre:

1. agressões em regiões específicas do corpo (como lesões na cabeça);
2. métodos específicos (como asfixia com bolsa plástica, choque elétrico, spray de pimenta);
3. métodos que causam forte angústia e medo (como ameaças de morte, de violência sexual e a familiares);
4. **métodos envolvendo racismo (como xingamentos discriminatórios, humilhação etc);**
5. métodos de violência sexual (como estupro, desnudamento, apalpação de regiões íntimas, xingamentos etc.);
6. **métodos utilizados contra pessoas em sofrimento mental, inclusive decorrente do uso abusivo de drogas (como uso excessivo da força, contenção física, mecânica ou farmacológica desproporcional ou prolongada, medicalização excessiva, impedimento de acesso a tratamento ou medicação etc);**
7. **métodos utilizados contra pessoas em sofrimento mental, inclusive decorrente de uso abusivo de drogas, privadas de liberdade ou institucionalizadas (como contenção física, mecânica ou farmacológica desproporcional ou prolongada, excessiva medicalização, impedimento de acesso a tratamento ou medicação, isolamento compulsório, alojamento em ambiente impróprio, eletroconvulsoterapia em desacordo com os protocolos médicos e as normativas de direitos humanos etc).** (Observação: solicitar, sempre que necessário, os registros de saúde para identificar aspectos do quadro clínico, diagnóstico, evolução, tratamento e procedimentos adotados durante o período de privação de liberdade ou institucionalização, a fim de subsidiar a análise, cabendo levar em conta, inclusive, eventual incoerência, inadequação ou insuficiência das informações documentadas)
8. métodos diferenciados culturalmente (como ameaça de destruição de templos religiosos e outros bens culturais);
9. entre outros. (grifos nossos).

A alteração da realidade de privação de liberdade de pessoas com transtornos mentais ou deficiência psicossocial requer, ainda, esforços de todas as instâncias responsáveis pela garantia de seus direitos, em especial atores e atrizes do Poder Judiciário. Neste sentido, assinala-se que as entidades executivas e judiciárias produziram normativas de alinhamento à política antimanicomial que advogam pela **adequação do modelo das medidas de segurança ao paradigma antimanicomial**.

Em 2019, o **Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH)** publicou a **Resolução CNDH n. 8/2019**, que dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários/as problemáticos de álcool e outras drogas. A partir do seu art. 22, essa normativa apresenta orientações no tocante à realidade dos HCTPs e das medidas de segurança e considera que estas últimas não devem ter natureza punitiva, mas serem orientadas em conformidade com a Lei n. 10.216/2001, em que se prevê que o cuidado deve se dar prioritariamente em serviços comunitários, em liberdade.

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 à 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 e 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 à saúde, mas também ao direito ao acesso à 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-se 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 à 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, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários;” bem como a 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 adeque 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. (**Resolução CNDH n. 8/2019**).

Entre 2010 e 2014, o **CNPCP** expediu notáveis resoluções acerca das políticas de atenção à saúde mental dessa população. Entre elas está a **Resolução CNPCP n. 04/2010**, que estabelece as “Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança”, com definição de prazo para o encerramento dessas estruturas. Conforme pode ser visto abaixo, esse prazo se esgotou no ano de 2020, fator que justifica a apresentação do presente Manual.

“O Poder Executivo, em parceria com o Poder Judiciário, irá implantar e concluir, no prazo de 10 anos, a substituição do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança para o modelo antimanicomial, valendo-se do programa específico de atenção ao paciente judiciário”. (**Art. 6º, Resolução CNPCP n. 04/2010**).

A **Resolução CNPCP n. 02/2014** dispõe sobre arquitetura penal e **não considera os HCTPs como estabelecimentos penais** aos quais se destinam recursos do MJSP. Ao considerar que a “construção de hospitais de custódia e tratamento psiquiátricos não mais se justifica, vez que vêm sendo extintos gradativamente por perda de sua finalidade”, ela os retira do rol de estabelecimentos penais indicados na **Resolução CNPCP n. 9/2011**, destinatários de repasse de verba federal com o fim de construção, ampliação, reforma ou aquisição de equipamentos.

Já no interior das instituições judiciárias, outras normas foram publicadas no sentido de consolidar o arcabouço normativo, uniformizar procedimentos no âmbito da atividade jurisdicional e

qualificar a atuação de profissionais, sejam elas determinantes e/ou recomendatórias. A **Resolução CNJ n. 113/2010** dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança. Ao tratar desta medida, assinala que a **sentença penal absolutória que aplica medida de segurança deve ser executada nos termos da Lei n. 10.216/2001**.

“O juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível, buscará implementar políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001”. (Art. 17, **Resolução CNJ n. 113/2010**).

A **Recomendação CNJ n. 35/2011** também recorre à mesma orientação, ao dispor sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e à execução da medida de segurança. Ela reconhece a experiência de programas que conduzem Políticas de Atenção Integral no país, cujas experiências apontam há anos para o êxito na adequação da execução das medidas de segurança.

A **Recomendação CNJ n. 35/2011** orienta aos tribunais que:

I – na execução da medida de segurança, adotem a política antimanicomial, sempre que possível, em meio aberto;

II – a política antimanicomial possua como diretrizes as seguintes orientações:

a) mobilização dos diversos segmentos sociais, compartilhamentos de responsabilidades, estabelecimento de estratégias humanizadoras que possibilitem a efetividade do tratamento da saúde mental e infundam o respeito aos direitos fundamentais e sociais das pessoas sujeitas às medidas de segurança;

b) diálogo e parcerias com a sociedade civil e as políticas públicas já existentes, a fim de buscar a intersetorialidade necessária;

c) criação de um núcleo interdisciplinar, para auxiliar o juiz nos casos que envolvam sofrimento mental;

d) acompanhamento psicossocial, por meio de equipe interdisciplinar, durante o tempo necessário ao tratamento, de modo contínuo;

e) permissão, sempre que possível, para que o tratamento ocorra sem que o paciente se afaste do meio social em que vive, visando sempre à manutenção dos laços familiares;

f) adoção de medida adequada às circunstâncias do fato praticado, de modo a respeitar as singularidades sociais e biológicas do paciente judiciário;

g) promoção da reinserção social das pessoas que estiverem sob tratamento em hospital de custódia, de modo a fortalecer suas habilidades e possibilitar novas respostas na sua relação com o outro, para buscar a efetivação das políticas públicas pertinentes à espécie, principalmente quando estiver caracterizada situação de grave dependência institucional, consoante o art. 5º da Lei n. 10.216/2001;

h) manutenção permanente de contato com a rede pública de saúde, com vistas a motivar a elaboração de um projeto de integral atenção aos submetidos às medidas de segurança;

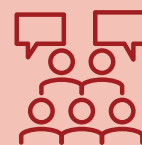
i) realização de perícias por equipe interdisciplinar.

III – em caso de internação, ela deve ocorrer na rede de saúde pública ou conveniada, com acompanhamento do programa especializado de atenção ao paciente judiciário, com observância das orientações previstas nesta recomendação.

A recomendação supracitada considerou os princípios e diretrizes aprovados nas edições das **Conferências Nacionais de Saúde Mental** de 2001 e 2010, realizadas após a publicação da Lei n. 10.216/2001. É oportuno salientar que, desde sua primeira edição, em 1987, já se falava na extinção dos então “manicômios judiciários”. Nas edições seguintes, em particular na terceira e quarta edições, repetem-se propostas aprovadas nesse sentido, indicando a necessária sensibilização, formação e articulação dos diversos setores e instituições envolvidas na execução das medidas de segurança para o fim dos manicômios judiciários, para o aprofundamento da Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização das pessoas custodiadas nestas instituições.

O que é uma Conferência Nacional de Saúde Mental?

No Brasil, a participação da comunidade figura como um dos princípios e diretrizes do SUS. É a **Lei n. 8.142/1990** que dispõe sobre essa participação na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, entre outras providências.



As Conferências de Saúde são instâncias que compõem o SUS, realizadas periodicamente com a representação paritária de segmentos sociais, incluídos/as usuários/as do SUS. Os/as chamados/as delegados/as se reúnem para “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes”, sendo realizadas etapas distritais, municipais, macrorregionais, estaduais e a nacional (§ 1º do art. 1º, Lei n. 8.142/1990).

No campo da saúde mental, as Conferências Nacionais de Saúde Mental reproduzem essa mesma dinâmica. Conforme a **Resolução CNS n. 652/2020** do Conselho Nacional de Saúde (CNS), elas “contribuem substantivamente para uma Política de Estado de Saúde Mental, Álcool e outras drogas e direciona as políticas de governo em todas as esferas da federação, em um sistema descentralizado e integrado de saúde” e “são formas de revisar e atualizar as Políticas Públicas de Estado e, especialmente, para o campo da saúde mental e atenção psicossocial, álcool e outras drogas”.

Nesse sentido, a **Resolução CNJ n. 487/2023** retoma uma série de normativas para orientar condutas judiciais, não configurando, portanto, novas proposições no campo, mas a **qualificação e disposição sobre a execução de procedimentos orientados por diretrizes há décadas estabelecidas** nas normas ora abordadas.

No Brasil, a **Política Nacional de Saúde Mental** compreende os serviços e estratégias da **RAPS**, instituída pela **Portaria n. 3.088/2011** do Ministério da Saúde (MS), e direcionada às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Esta rede será abordada no capítulo conceitual deste Manual, mas desde já se sugere a observância das normativas atualizadas a seu respeito que venham a ser aprovadas após a publicação deste Manual.

Também foram publicadas **legislações estaduais** que tratam da Reforma Psiquiátrica e da estruturação da RAPS, as quais estimula-se que sejam consideradas por atores e atrizes locais nas experiências de desinstitucionalização ligadas aos HCTPs. Como será visto no Modelo Orientador, a compreensão sobre equipamentos e serviços dessa rede nos territórios corresponde a etapa fundamental para a almejada universalização do direito à saúde.

O fomento e o investimento nestes serviços são ações cruciais para a efetivação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Sugere-se, ainda, a observância de outras políticas públicas garantidoras de direitos humanos (vide tópico 3.1), tendo em conta a abordagem interseccional e inter-setorial almejada e a consideração de compreensão ampla da promoção de saúde mental. Portanto, esta noção requer a garantia de direitos como moradia, trabalho e renda, alimentação, transporte

público, educação, lazer, cultura, entre outros, posto que considera a imbricação dos chamados **determinantes sociais da saúde** sobre a vida de cada sujeito singular e em coletividade.

Nesse sentido, depreende-se que a garantia de condições de vida dignas, o enfrentamento à exposição a situações de risco e a prevenção às internações requerem olhar atento a aspectos como o ambiente de moradia, as condições de saneamento e salubridade, acesso à assistência em saúde, acesso a benefícios, trabalho e renda, existência de redes comunitárias de apoio e quaisquer outros aspectos de ordem psicossocial, étnico-racial, econômica e cultural que possam incidir na vida concreta das pessoas.

O próximo tópico foi destinado para uma retomada dirigida, estrategicamente explanada para evidenciar os **princípios e diretrizes** adotados na **Política Antimanicomial do Poder Judiciário**. Conforme visto até o momento, trata-se de orientações refletidas das normativas internacionais e internas, incorporadas à **Resolução CNJ n. 487/2023**.



**PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA
POLÍTICA ANTIMANICOMIAL
DO PODER JUDICIÁRIO**

3

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL DO PODER JUDICIÁRIO

Os princípios e diretrizes são compreendidos como um **conjunto de direcionamentos políticos e administrativos** que devem orientar a estruturação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário em consonância com a **desinstitucionalização**, a **Reforma Psiquiátrica** e o **modelo biopsicossocial da deficiência**. Essas diretrizes foram delineadas conforme parâmetros dispostos na **Resolução CNJ n. 487/2023**, bem como nos atos normativos anteriores que localizam o início dessa discussão no campo do Poder Judiciário: a Resolução CNJ n. 113/2010 e a Recomendação CNJ n. 35/2011, que tratam da adequação da atuação da justiça penal aos dispositivos da Lei n. 10.216/2001.

Os **princípios e diretrizes** que regem o tratamento das pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial no âmbito da jurisdição penal são aqueles dispostos no art. 3º da **Resolução CNJ n. 487/2023**. Optou-se, neste material, por dividi-los em duas partes, para fins de tornar a explanação mais didática. Trata-se, portanto, de:

- a) **garantias fundamentais e práticas proscritas** (incisos I, II, III, IV, VII e XI); e
- b) **direcionamentos para adequação aos paradigmas da Reforma Psiquiátrica e do modelo biopsicossocial da deficiência** (incisos V, VI, VIII, IX, X e XII).

3.1. Garantias fundamentais e práticas proscritas

De acordo com a **Resolução CNJ n. 487/2023**, os **princípios e diretrizes** que regem o tratamento das pessoas com transtorno mental no âmbito da jurisdição penal são (art. 3º):

- I – o respeito pela dignidade humana, singularidade e autonomia de cada pessoa;
- II – o respeito pela diversidade e a vedação a todas as formas de discriminação e estigmatização, com especial atenção aos aspectos interseccionais de agravamento e seus impactos na população negra, LGBTQIA+, mulheres, mães, pais ou cuidadores de crianças e adolescentes, pessoas idosas, convalescentes, migrantes, população em situação de rua, povos indígenas e outras populações tradicionais, além das pessoas com deficiência;
- III – o devido processo legal, a ampla defesa, o contraditório e o acesso à justiça em igualdade de condições;

IV – a proscrição à prática de tortura, maus tratos, tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes;

[...]

VII – o direito à saúde integral, privilegiando-se o cuidado em ambiente terapêutico em estabelecimentos de saúde de caráter não asilar, pelos meios menos invasivos possíveis, com vedação de métodos de contenção física, mecânica ou farmacológica desproporcional ou prolongada, excessiva medicalização, impedimento de acesso a tratamento ou medicação, isolamento compulsório, alojamento em ambiente impróprio e eletroconvulsoterapia em desacordo com os protocolos médicos e as normativas de direitos humanos;

[...]

XI – atenção à laicidade do Estado e à liberdade religiosa integradas ao direito à saúde, que resultam na impossibilidade de encaminhamento compulsório a estabelecimentos que não componham a Raps ou que condicionem ou vinculem o tratamento à conversão religiosa ou ao exercício de atividades de cunho religioso.

A população com transtorno mental ou deficiência psicossocial, em que pese ser abrangida pelo Estado Democrático de Direito que tem como um de seus fundamentos a **dignidade da pessoa humana**, historicamente é alvo de silenciamento, segregação e invisibilidade, sendo o Brasil um país com antecedentes e sistemáticas violações dos seus direitos, incluídos aqueles ligados à liberdade religiosa e de culto, à integridade e às sexualidades. Particularmente em instituições como HCTPs e unidades prisionais comuns, ainda se mostram frequentes as práticas de isolamento compulsório, que implica o impedimento de acesso a tratamento em saúde adequado, e de contenções, sejam elas químicas ou mecânicas, muitas vezes restando a esse segmento social o abandono, a excessiva e prolongada medicalização, a ausência de PTS e de escuta e a não realização de ritos processuais que lhes oportunizem a fala, como audiências judiciais.

Rememoram-se dados do único **Censo Nacional sobre os Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs)**, publicado em 2013 pelo Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero (Anis), em parceria com o então Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça e Segurança Pública (DEPEN/MJSP) (DINIZ, 2013), tendo sido indicada, à época, a manutenção de **18 pessoas internadas em HCTPs há mais de trinta anos e 606 pessoas internadas há mais tempo do que a pena máxima** em abstrato cominada para a infração cometida. O quadro apresentado denuncia uma realidade de **graves violações de direitos** e exige reunião de esforços para prevenção da institucionalização deste público.

A Política Antimanicomial do Poder Judiciário incide no enfrentamento a tais aspectos, com o intento de estender a esse público direitos há muito garantidos — ainda longe do ideal na prática — às demais pessoas em conflito com a lei, em particular os direitos processuais: o devido processo legal, ampla defesa, contraditório e acesso à justiça em igualdade de oportunidades e condições, com **adaptação razoável** conforme necessidade apresentada em cada caso. Deseja-se, portanto, a **qualificação da atuação jurisdicional para a escuta em conformidade com as demandas em saúde** trazidas por essa população, numa verdadeira instrução do processo judicial junto às redes de cuidado em saúde mental.

As práticas institucionais devem ter como **premissa** a indicação de medidas orientadas para a **garantia do acesso a tratamento em saúde**, sendo a internação em saúde mental via de caráter excepcional, a ser indicada apenas por razões clínicas, quando parte do PTS daquela pessoa, pelo período estritamente necessário à sua estabilização e apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Ou seja, a efetivação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário não deve resultar em novas institucionalizações em espaços asilares como hospitais psiquiátricos (HPs) e comunidades terapêuticas (CTs), que são formas de manter a condição de privação de liberdade e não garantir o acesso à saúde à pessoa.

Atenção!



Ao dispor que a “indicação da internação seja fundada exclusivamente em razões clínicas de saúde” a **Resolução CNJ n. 487/2023** reproduz a **vedação** encontrada na Lei n. 10.216/2001 no tocante ao acolhimento em estruturas de caráter asilar. Reafirma-se, portanto, que o tratamento em saúde mental deve primar pela manutenção dos laços sociais, como reflexo do caráter territorializado da disponibilidade desse cuidado.

Nesse diapasão, é fundamental **correlacionar a garantia do direito à saúde à laicidade do Estado e ao respeito à liberdade religiosa**, para que não sejam impostas formas de conversão religiosa, comumente identificadas nas chamadas **comunidades terapêuticas (CTs)**.⁵

Além da **proscrição da prática de tortura, maus tratos, tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes**, especial atenção deve ser dada aos aspectos que acrescem vulnerabilidades à população privada de liberdade. A garantia dos direitos humanos figura como a finalidade da atenção integral às pessoas com transtorno mental e deficiência psicossocial em conflito com a lei, o que requer a observância de marcadores sociais que afetam simultaneamente essas pessoas — pela incidência de múltiplas desigualdades e diferenças — e de outras políticas sociais (vide tópico 2.1).

⁵ A esse respeito, sugere-se o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas — 2017. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>.

Devem-se observar aspectos raciais, étnicos, geracionais, culturais, marcadores da identidade de gênero e características quanto à escolaridade, naturalidade e nacionalidade, que ampliam e aprofundam a vulnerabilização quando incide a privação de liberdade. Esses fatores convergem, se apresentam em constante interação e conexão, e agem particularmente na produção de subjetividade, posto que também decorrem das relações travadas socialmente.

O CNJ tem publicado um conjunto de normativas que orientam esta **abordagem interseccional**, no sentido de apoiar a atividade jurisdicional de modo qualificado e técnico e sugerir a articulação intersetorial de políticas de direitos humanos, visando a uma atenção efetivamente integral.

PARA SABER MAIS!

Resolução CNJ n. 287/2019

estabelece procedimentos para o tratamento das pessoas **indígenas** acusadas, réis, condenadas ou privadas de liberdade, e dá diretrizes para assegurar os direitos dessa população no âmbito criminal do Poder Judiciário.

Resolução n. 307/2019

institui a Política de Atenção a **Pessoas Egressas do Sistema Prisional** no âmbito do Poder Judiciário, prevendo os procedimentos, as diretrizes, o modelo institucional e a metodologia de trabalho para sua implementação.

Resolução n. 348/2020

estabelece diretrizes e procedimentos a serem observados pelo Poder Judiciário, no âmbito criminal, com relação ao tratamento da população **lésbica, gay, bissexual, transexual, travesti ou intersexo** que seja custodiada, acusada, ré, condenada, privada de liberdade, em cumprimento de alternativas penais ou monitorada eletronicamente.

Resolução n. 369/2021

estabelece procedimentos e diretrizes para a substituição da privação de liberdade de **gestantes, mães, pais e responsáveis por crianças e pessoas com deficiência**, nos termos dos arts. 318 e 318-A do Código de Processo Penal, e em cumprimento às ordens coletivas de habeas corpus concedidas pela 2ª Turma do Supremo Tribunal Federal nos HCs n. 143.641/SP e n. 165.704/DF.

Recomendação n. 119/2021

recomenda a adoção de procedimentos e diretrizes a serem observados pelo Poder Judiciário para a garantia dos direitos à assistência e **diversidade religiosa** em suas mais diversas matrizes, e à liberdade de crença nas unidades de privação e restrição de liberdade.

Resolução CNJ n. 401/2021

dispõe sobre o desenvolvimento de diretrizes de acessibilidade e inclusão de **pessoas com deficiência** nos órgãos do Poder Judiciário e de seus serviços auxiliares, e regulamenta o funcionamento de unidades de acessibilidade e inclusão.

Resolução n. 405/2021

estabelece procedimentos para o tratamento das pessoas **migrantes** custodiadas, acusadas, réus, condenadas ou privadas de liberdade, inclusive em prisão domiciliar e em outras formas de cumprimento de pena em meio aberto, em cumprimento de alternativas penais ou monitoração eletrônica e confere diretrizes para assegurar os direitos dessa população no âmbito do Poder Judiciário.

Resolução CNJ n. 425/2021

institui, no âmbito do Poder Judiciário, a Política Nacional Judicial de Atenção a **Pessoas em Situação de Rua** e suas interseccionalidades.

Resolução CNJ n. 487/2023

institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.

Deve-se, ainda, reavaliar a necessidade de manutenção de medidas privativas de liberdade, de modo a **priorizar alternativas que não impactem a garantia de acesso à saúde**. Nesse sentido, a **Resolução CNJ n. 487/2023** propõe procedimentos embasados em diretrizes adequadas à Reforma Psiquiátrica e ao modelo biopsicossocial da deficiência, as quais serão abordadas abaixo, e a **Resolução CNJ n. 288/2019** dispõe sobre a política institucional do Poder Judiciário para a promoção da aplicação das alternativas penais. Registre-se que, considerado o acumulado de parâmetros normativos vigentes desenvolvido no tópico anterior (item 2), resta pertinente avançar naqueles aspectos ainda não abordados neste Manual.

3.2. Direcionamentos para adequação aos paradigmas da Reforma Psiquiátrica e do modelo biopsicossocial da deficiência

De acordo com a Resolução **CNJ n. 487/2023**, os **princípios e diretrizes** que regem o tratamento das pessoas com transtorno mental no âmbito da jurisdição penal são (art. 3º):

V – a adoção de política antimanicomial na execução de medida de segurança;

VI – o interesse exclusivo do tratamento em benefício à saúde, com vistas ao suporte e reabilitação psicossocial por meio da inclusão social, a partir da reconstrução de laços e de referências familiares e comunitárias, da valorização e do fortalecimento das habilidades da pessoa e do acesso à proteção social, à renda, ao trabalho e ao tratamento de saúde;

[...]

VIII – a indicação da internação fundada exclusivamente em razões clínicas de saúde, privilegiando-se a avaliação multiprofissional de cada caso, pelo período estritamente necessário à estabilização do quadro de saúde e apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, vedada a internação em instituição de caráter asilar, como os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e estabelecimentos congêneres, como hospitais psiquiátricos;

IX – a articulação interinstitucional permanente do Poder Judiciário com as redes de atenção à saúde e socioassistenciais, em todas as fases do procedimento penal, mediante elaboração de PTS nos casos abrangidos por esta Resolução;

X – a restauratividade como meio para a promoção da harmonia social, mediante a garantia do acesso aos direitos fundamentais e a reversão das vulnerabilidades sociais;

[...]

XII – respeito à territorialidade dos serviços e ao tratamento no meio social em que vive a pessoa, visando sempre a manutenção dos laços familiares e comunitários.

Como mencionado anteriormente, parte-se da garantia da aplicação da Política Nacional de Saúde Mental e da Lei n. 10.216/2001, como diretrizes basilares da Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Por abranger as pessoas com transtorno mental, inclui aquelas em conflito com a lei e compreende o **acesso à saúde como direito a ser buscado** de modo incessante por todos os atores e atrizes competentes.

Isso requer a comunicação permanente entre os órgãos do **Sistema de Justiça e os serviços dos sistemas sociais**, em especial da saúde e assistência social, para a consecução da **atenção integral**. Significa dizer que os órgãos e instituições desses sistemas precisarão compreender a conexão de suas atribuições nesse cenário, para garantir que o público alvo da política acesse os tratamentos em saúde, conforme suas necessidades especificadas no PTS. Para tanto, precisarão **abrir-se para o diálogo e estabelecer fluxos entre si**.

É oportuno salientar o reconhecimento, também pelo Judiciário, da soberania do **PTS** na ordenação e materialização da singularidade do cuidado. Esse documento, construído por profissionais técnicos/as qualificados/as, considera que o cuidado nesse campo deve ser ampliado para outras possibilidades em rede intersetorial. Ele será abordado no tópico seguinte.

De tal modo, privilegia-se o **cuidado em serviços de base territorial e comunitária da RAPS e na rede de proteção social**. Esses encaminhamentos deverão contar com o apoio de equipe técnica mul-

tidisciplinar que atue em articulação com o Poder Judiciário, a saúde, a proteção social e outros equipamentos voltados às pessoas privadas de liberdade, com vistas a garantir que a assistência à saúde seja priorizada, por meio do aporte de eventuais subsídios sobre a singularidade do acompanhamento da pessoa, ao processo judicial. A **voluntariedade** apresenta-se como requisito para maior efetividade do tratamento que venha a ser proposto devido à imprescindível criação de vínculo e trabalho com e para a autonomia do sujeito, aspectos inerentes ao acompanhamento em saúde mental sob os paradigmas da Reforma Psiquiátrica e do arcabouço sobre os direitos das pessoas com deficiência.

A resposta estatal a ser dada é a produção de cuidado de natureza voluntária, para que se garanta a manutenção dos laços afetivos e comunitários e se fortaleça um processo de autonomização que, mesmo convivente com a necessidade de apoio, diminua o espaço para comportamentos danosos. Sendo assim, a produção de cuidado não pode ser acessória ao cumprimento de medida no âmbito penal, razão pela qual os serviços ofertados devem se localizar fora da instituição total e asilar, ou seja, fora de HCTPs e de hospitais psiquiátricos.

É necessário que se promova a extinção da condicionalidade “presença de familiar” em processos decisórios de soltura dos sujeitos internados e imposição, manutenção ou cessação do tratamento ambulatorial, tendo em vista que o direito de liberdade do sujeito não pode estar submetido à responsabilidade de outra pessoa. Ademais, devem-se desenvolver meios adequados de autocomposição de conflitos, com destaque para estratégias e procedimentos restaurativos, ao longo de todo o ciclo penal, inclusive para o fim de desinstitucionalização.

Para saber mais!

Para acessar o conteúdo sobre a **Política institucional do Poder Judiciário para a promoção da aplicação de alternativas penais, com enfoque restaurativo**, você pode acessar a **Resolução CNJ n. 288/2019**. Este ato normativo prevê medidas a serem adotadas em situações de conflito e violência em substituição à privação de liberdade, “orientadas para a restauração das relações e a promoção da cultura da paz, a partir da responsabilização com dignidade, autonomia e liberdade”. Também pode ser acessada a **Resolução CNJ n. 225/2016**, que dispõe sobre a Política Nacional de Justiça Restaurativa no âmbito do Poder Judiciário.

No âmbito internacional, a **Resolução n. 2002/2012 do Conselho Econômico e Social da ONU⁶** é destinada à orientação dos princípios básicos para a utilização de programas de justiça restaurativa em matéria criminal.



⁶ Disponível em: https://juridica.mppr.mp.br/arquivos/File/MPRestaurativoEACulturadePaz/Material_de_Apoio/Resolucao_UNU_2002.pdf.



**CONTEÚDOS CONCEITUAIS DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA E DO
MODELO BIOPSIKOSSOCIAL
DA DEFICIÊNCIA**

4

CONTEÚDOS CONCEITUAIS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E DO MODELO BIOPSIKOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

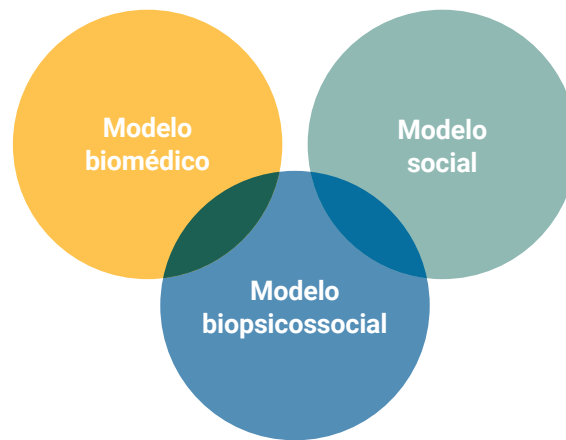
Considerando os desafios que cotidianamente impõem-se a magistrados/as e servidores/as dos Poderes Judiciário e Executivo em relação ao tema de saúde mental, foi elaborado um mapa de conceitos em forma de esquemas e documentos que podem guiar as atuações profissionais. Parte-se, então, de perguntas que expõem nós de importante desate para a consecução das ações pertinentes, sem, contudo, pretender esgotar as discussões que norteiam o tema.

- ✓ **O que é adaptação razoável, tomada de decisão apoiada e modelo biopsicossocial da deficiência?**
- ✓ **O que é crise em saúde mental? Como garantir direitos em meio à crise – ou como não os violar nos procedimentos de manejo?**
- ✓ **Quais opções de procedimentos a legislação reserva a magistrados/as?**
- ✓ **O que é Projeto Terapêutico Singular (PTS)? Que efeitos sua pactuação gera sobre o processo judicial e a vida dos sujeitos e profissionais envolvidos/as?**
- ✓ **O que é desinstitucionalização? Como atuar nas portas de entrada e saída das instituições de custódia e tratamento psiquiátrico, com vistas ao seu fechamento?**

Nesta seção, serão apresentadas breves definições acerca da nomenclatura técnica própria do campo da saúde mental, a partir das perguntas norteadoras acima elencadas.

4.1. Modelo biopsicossocial da deficiência, adaptação razoável e tomada de decisão apoiada

É o **modelo biopsicossocial da deficiência** que alinhava a perspectiva de realização da Reforma Psiquiátrica, que inclui o acesso à saúde e a outros direitos sociais, com o reconhecimento da capacidade legal das pessoas com deficiência, em igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos de suas vidas, incluídas as pessoas com deficiência psicossocial (Art. 12, CDPD). Isso repercute na obrigação que recai sobre os Estados signatários de adotar medidas para prover o acesso ao apoio necessário para o exercício desta capacidade legal, por meio da identificação e eliminação conjunta dos obstáculos e barreiras psicossociais, físicas e biológicas.



Na CDPD, “**adaptação razoável**” significa “modificações e os ajustes necessários e adequados que não acarretem ônus desproporcional ou indevido, quando requeridos em cada caso, a fim de assegurar que as pessoas com deficiência possam gozar ou exercer, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, todos os direitos humanos e liberdades fundamentais” (art. 2).

Outro aspecto relevante incorporado à Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), o chamado Estatuto da Pessoa com Deficiência, é a **Tomada de Decisão Apoiada**, faculdade da pessoa com deficiência cuja adoção está disposta no art. 84, § 2º, da LBI. Trata-se de criar as condições necessárias, diante do caso concreto, para garantir a autonomia nos processos decisórios e o suporte adequado às demandas apresentadas, conectados a processos de garantia de outros direitos que potencializam o exercício desta autonomia.

A respeito da moradia, renda, trabalho e socialização, o Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei do Estado da Paraíba, publicado por meio da **Resolução CIB-PB n. 19/2021** (2019, p. 24), assinala:

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 impeça 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.

Fomenta-se o incentivo à adoção da Tomada de Decisão Apoiada em qualquer etapa relativa ao ciclo penal, independentemente do reconhecimento pericial da inimputabilidade ou semi-imputabilidade, como também da identificação de processos de intensificação de sofrimento decorrentes da institucionalização.

4.2. Manejo da crise em saúde mental

Conforme delineado pelo Ministério da Saúde (2013, p. 101), são pressupostos a serem observados para fundamentar a organização da rede ao se acolher e cuidar de pessoas em crise:

“Evitar a internação psiquiátrica e sustentar o/a usuário/a no seu contexto de vida com o apoio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);

Potencializar e qualificar todos os pontos da RAPS para desenvolver intervenção nas situações de urgência/emergência e no cuidado longitudinal;

A exclusão de hospital psiquiátrico do circuito assistencial, anulando a oferta de leitos e a valorização da existência de serviços de urgência e emergência psiquiátrica;

A internação precisa ser considerada como último recurso e quando necessária, como instrumento do PTS e não como resposta a uma situação específica. Devendo também, quando necessário, ser realizada prioritariamente nos CAPS, com a lógica do acolhimento integral, e nos hospitais gerais de forma articulada com a rede.”

Nesse sentido, por se configurar como situação-limite que prescinde do suporte adequado à demanda apresentada, é fundamental observar que o sofrimento psíquico não se trata meramente de uma condição individual daquela pessoa, mas se conecta ao seu contexto de vida e às relações sociais, afetivas e comunitárias que pôde acessar e construir em sua trajetória. A esse respeito, a publicação do Ministério da Saúde (2013, p. 101 e 102) discorre:

É fundamental a compreensão da crise como um fenômeno constituído entre os sujeitos, costumeiramente em cenários de conflitos exacerbados, ruptura de consensos, esgarçamento das relações e busca ineficaz de comunicação. Diante disto, a intervenção terapêutica deve dirigir-se não somente para o usuário, mas também para a produção de consensos possíveis entre as partes envolvidas, a partir do reconhecimento de interesses singulares. O profissional deve investir na mediação entre o usuário e seu conjunto de relações, visando à inclusão, à legitimação e à corresponsabilização dos envolvidos na produção de novas pactuações, ainda que provisórias. Reinstaurar o diálogo, coloca-se simultaneamente como objetivo e ação terapêutica. [...]

Não há local específico e unicamente responsável por acolher as situações de crise. A abordagem às situações de crise deve acontecer no local onde se encontra o usuário, ou seja, em seu circuito de vida ou de cuidado: casa, rua, UBS, Caps, pronto-socorro etc., não sendo de exclusividade do profissional médico ou mesmo do profissional de Saúde.

Manifestar disponibilidade de escuta, negociar processualmente a aproximação são posturas fundamentais para a busca de encontro com o usuário. Para que haja reciprocidade nas relações é necessário que haja compartilhamento de poder. Historicamente a pessoa em situação de crise tem seu poder de decisão cerceado, seja pela experiência de sofrimento psíquico, seja pelas pessoas e instituições ao seu redor. Nesse sentido, qualquer tentativa de aproximação deve buscar, a cada momento, a anuência do usuário.

Para lembrar!

Art. 5º Nos casos em que a autoridade judicial, com apoio da equipe multidisciplinar e após ouvidos o Ministério Público e a defesa, entender que a pessoa apresentada à audiência de custódia está em **situação de crise** em saúde mental e sem condições de participar do ato, solicitará tentativas de manejo de crise pela equipe qualificada.

§ 1º Para efeitos deste artigo, entende-se por **manejo da crise** o imediato acionamento de equipe de saúde da Raps para a tomada de medidas emergenciais e referenciamento do paciente ao serviço de saúde, além da realização de ações de escuta, compreensão da condição pessoal, produção imediata de consensos possíveis, mediação entre a pessoa e as demais presentes no ambiente e a restauração do diálogo, bem como, o quanto antes, a identificação dos fatores que possivelmente desencadearam a crise.

§ 2º Caso exauridas sem sucesso as tentativas de manejo de crise, a autoridade judicial realizará o encaminhamento da pessoa para atendimento em saúde por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) ou outros serviços da Raps, e providenciará o registro da não realização da audiência de custódia, por meio de termo [...]” (Resolução CNJ n. 487/2023, grifo nosso).

*Este assunto é retomado no Modelo Orientador.



4.3. Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Oriunda do campo da saúde mental, a expressão Projeto Terapêutico Singular (PTS) ganhou o mundo do SUS, aplicando-se em todas as áreas da assistência em saúde. É possível defini-lo como um **“conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas**, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário” (BRASIL, 2007, p. 40, grifo nosso). Acrescenta-se:

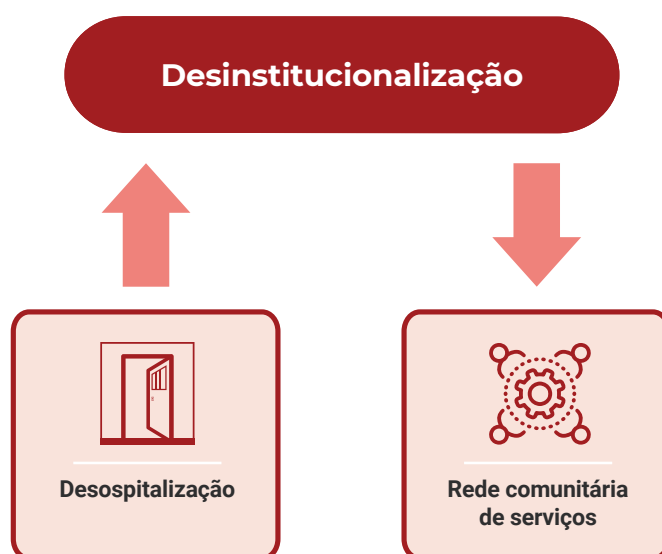
O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, nos parece melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos, etc.).

Essa conceituação também foi incorporada à **Resolução CNJ n. 487/2023**, que destaca o PTS como projeto centrado na “singularidade da pessoa em tratamento, de modo a contribuir para a estratégia compartilhada de gestão e de cuidado, possibilitando a definição de objetivos comuns entre equipe e sujeito em acompanhamento em saúde.” (art. 2º, VI).

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

4.4. Desinstitucionalização

A desinstitucionalização é estratégia multicêntrica orientada por dois eixos: a desospitalização (com o fechamento de hospitais psiquiátricos e/ou desinternação) e a abertura de rede comunitária de serviços substitutivos aos leitos asilares. Portanto, a estratégia também deve incidir nos HCTPs.



Historicamente, a desinstitucionalização tem seus primeiros registros ainda nos anos 1960, na Itália e nos Estados Unidos, sociedades em que ela se torna um paradigma em movimento, a começar por propor a quebra da racionalidade científica que orientou os 150 anos anteriores de asilamento. Segundo Franco Rotelli, De Leonardis e Mauri (1990), a desinstitucionalização “mobiliza todos os atores envolvidos no sistema de ação institucional” (p. 31); “visa a transformar as relações de poder entre instituição e os sujeitos, em primeiro lugar, os pacientes” (p. 32); “é um trabalho homeopático que usa as energias internas da instituição para desmontá-la” (p. 35); “libera da necessidade da internação construindo serviços inteiramente substitutivos” (p. 37); e muda “as formas de administrar os recursos públicos para a saúde mental” (p. 43). Tão importante quanto os atributos desse processo é compreender sua infinitude: “o trabalho de desinstitucionalização também é lei que não se completa com a aprovação da reforma e, sim, prossegue com sua implantação” (p. 48).

Em complexa elaboração clínico-política, o conceito de **desinstitucionalização difere e exige mais do que a desinternação** e a transinstitucionalização, categoria esta compreendida como a transferência e continuidade da segregação e de outras práticas de controle. Para alcançar a desinstitucionalização efetiva, é fundamental mobilizar recursos familiares, afetivos, comunitários, profissionais e de todas as dimensões da vida. Isso deve ser feito em colaboração com os serviços sociais públicos, com foco nas bases territoriais e comunitárias, para promover a retomada de projetos de vida autônomos e livres, por meio, também, de parceria coordenada entre o SUS e o SUAS.

Um aspecto crucial é garantir soluções de moradia que atendam às necessidades específicas de cada pessoa desinstitucionalizada. Isso implica em considerar alternativas de moradia como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e formas de residência que favoreçam a autonomia e a convivência social. Muito embora registrem-se alterações recentes nas normativas que regulamentam estratégias de desinstitucionalização na RAPS, sinaliza-se que há alternativas mediante articulação e execução da política de assistência social.

Além das questões relacionadas à moradia, é necessário ampliar a autonomia das pessoas desinstitucionalizadas por meio de benefícios. Nesse contexto, a Lei n. 10.708/2003 estabelece o auxílio-reabilitação psicossocial como parte do Programa de Volta Para Casa (PVC), destinado a pessoas com transtornos mentais que saíram de internações, incluindo as provenientes de HCTPs, conforme § 3º. A lei estabelece requisitos para a obtenção do benefício, como a comprovação de internação psiquiátrica por período igual ou superior a dois anos (Art. 3º, I).

Destarte, é importante ir além dos benefícios oferecidos pelo PVC, buscando meios de amparo e apoio para que essas pessoas possam reconstruir suas vidas após o conflito com a lei. Nesse sentido, é importante considerar a disponibilidade de benefícios previdenciários, sociais e socioassistenciais como: Benefício de Prestação Continuada (BPC), Programa Bolsa Família, Benefícios Eventuais e outros de Proteção Social Básica e Especial, aposentadorias e pensões etc. Essas medi-

das visam promover a autonomia e facilitar o acesso a serviços de saúde mental, assistência social e reinserção no mercado de trabalho.

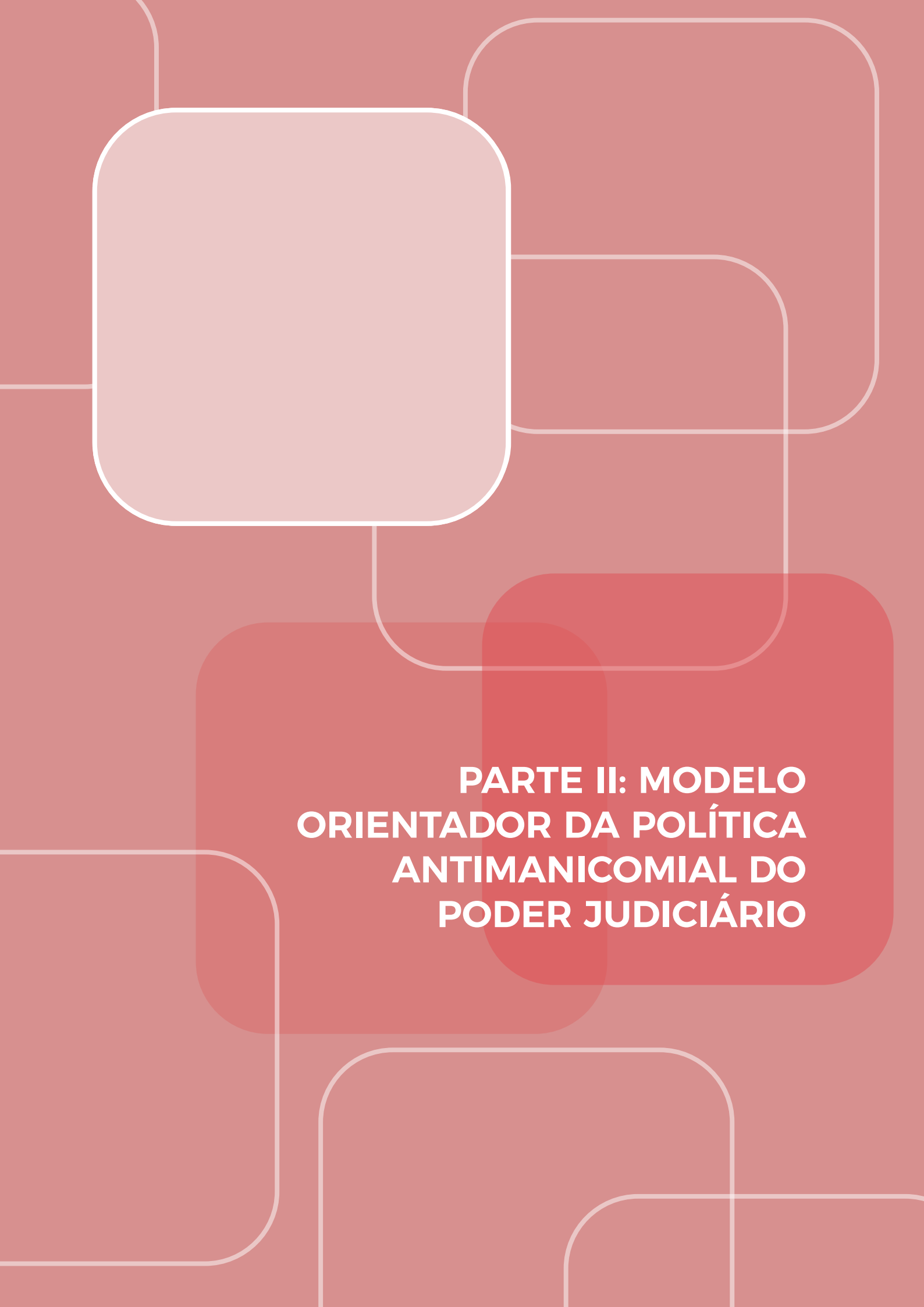
A desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei não se limita a uma única área de atuação, mas exige a convergência de esforços de diferentes setores da sociedade. Somente com uma ação intersetorial, baseada na cooperação entre o Sistema de Justiça, o SUS, o SUAS e demais políticas de proteção social, é possível promover uma abordagem humanizada e efetiva, garantindo a inclusão e a dignidade dessas pessoas na sociedade.

Para saber mais!

Para acessar informações atualizadas sobre a **RAPS**, sugere-se a página oficial do **Ministério da Saúde**, que dispõe sobre os diversos serviços e equipamentos que a compõem e o quantitativo de recursos investidos na política de Saúde Mental brasileira. O órgão executivo indica que a RAPS “é composta por serviços e equipamentos variados como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas tipologias e portes; os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os ambulatórios multiprofissionais, os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs), os leitos de saúde mental nos hospitais gerais, leitos de psiquiatria nos hospitais especializados e nos hospitais-dia de atenção integral”.

Até a data de publicação deste Manual, as informações oficiais do Ministério da Saúde indicavam que o Brasil “conta com **2.836** CAPS habilitados, distribuídos entre **1.910** municípios de todos os estados e no Distrito Federal, totalizando um investimento de incentivo de custeio anual superior a **R\$ 1,27 milhão** para essa modalidade de serviço”.





**PARTE II: MODELO
ORIENTADOR DA POLÍTICA
ANTIMANICOMIAL DO
PODER JUDICIÁRIO**

1 INTRODUÇÃO

O Modelo Orientador de que trata esta parte do Manual está inserido na proposta de **estruturação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário**, instituída pela **Resolução CNJ n. 487, de 15 de fevereiro de 2023**. Esta normativa foi editada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) a partir da atuação e dos subsídios do **Grupo de Trabalho do Caso Ximenes Lopes vs Brasil**, que tratou da incorporação dos parâmetros internacionais de direitos humanos sobre saúde mental no Sistema de Justiça brasileiro.

O intuito deste **Modelo Orientador** é ofertar **subsídios para a consecução dos fins pretendidos pelas normas orientadas pelos paradigmas da Reforma Psiquiátrica e do modelo biopsicossocial da deficiência**, primordialmente, nesse caso, com atenção integral e efetiva às pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial apresentadas ao Sistema de Justiça Criminal, considerando sua autonomia sem descuidar da necessidade de atendimento em saúde. Os mencionados subsídios são propostas tanto de normas administrativas prescritivas quanto de estratégias político-institucionais para a qualificação do fazer profissional no Poder Judiciário, com repercussão em outras instituições do Sistema de Justiça e no Poder Executivo (redes e serviços das políticas públicas pertinentes).

Para a compreensão da proposta ora lançada, o convite colocado é para que magistrados/as, bem como todas as pessoas envolvidas e/ou interessadas na temática em tela, se debrucem sobre as reflexões contidas nesta publicação. Ao final, são ofertados fluxos e instrumentos para que o Poder Judiciário possa se adequar às leis que tratam do tema, explanadas na primeira parte deste Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

1.1. Por que um Modelo Orientador da Política Antimanicomial do Poder Judiciário?

Considerando os desafios para a implementação de uma política que requer articulação inter-setorial, a proposição de **metodologia de trabalho destinada a magistrados/as com competência criminal e responsáveis pela execução de medidas de segurança** faz-se necessária e urgente. Objetiva-se qualificar a atuação em estrita harmonia com a **Resolução CNJ n. 487/2023**, a **Lei n. 10.216/2001**, o **Decreto Legislativo n. 186/2008** – que aprova a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) – e o **Decreto n. 6.949/2009** que a promulga.

A intenção é contribuir para a **qualificação da atuação judiciária**, em favor do aprimoramento das estratégias de **garantia de direitos humanos** da população em questão, ofertando recursos técnicos para viabilizar a atenção à saúde e saúde mental no âmbito judicial e da execução da medida de segurança. Também dispõe sobre a implementação de equipes conectoras entre os sistemas de saúde, da assistência social e da justiça criminal, bem como acerca da difusão de diretrizes para potencialização da atuação nessa seara.

Propõem-se caminhos para **atuação interinstitucional**, cujas **experiências anteriores de Grupos de Trabalho e Programas de Atenção Integral às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei** têm demonstrado **impactos consideráveis** na garantia de seus direitos, no sentido do acompanhamento pela saúde e por outras políticas públicas, da desinstitucionalização e fechamento de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs). Se aposta em um redesenho embasado nos **paradigmas da Reforma Psiquiátrica e do modelo biopsicossocial da deficiência**, em **contraponto à lógica de asilamento** ainda existente no país.

Ao final desta publicação, consta o **modelo de Minuta de Termo de Cooperação** entre órgãos e instituições da rede intersetorial. Ressalta-se que esse documento poderá subsidiar os estados brasileiros a desenvolverem versões pertinentes ao seu contexto e território, cujas estratégias administrativas, institucionais e operacionais visam à implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário a partir de ações constituintes de um **Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial (CEIMPA)**.

Os desafios que emergem dos cenários abordados não são desconsiderados. Contudo, reitera-se o desejo de que esses desafios possam impulsionar atitudes institucionais antimanicomiais condizentes com as referidas normativas vigentes no Brasil e em âmbito internacional, garantidoras dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei. Espera-se que essa estrutura possa materializar o giro antimanicomial em direção ao cuidado e tratamento em liberdade, em sintonia com processos de desinstitucionalização que reflitam a participação e autonomia das pessoas que necessitam de atenção à saúde.



**ELEMENTOS PARA
QUALIFICAR A TOMADA
DE DECISÃO E A
ATUAÇÃO JUDICIAL**

2

ELEMENTOS PARA QUALIFICAR A TOMADA DE DECISÃO E A ATUAÇÃO JUDICIAL

A legislação penal e processual penal brasileira trata diferentemente as pessoas submetidas a cumprimento de pena, consideradas imputáveis, daquelas tidas como **inimputáveis** em razão de quadro de transtorno mental preexistente. Trata-se de um grupo cujas normas vigentes indicam a chamada “**absolvição imprópria**”, tendo como consequência a instauração de incidente de insanidade mental e, caso confirmada a condição da chamada inimputabilidade no caso concreto, a imposição da **medida de segurança**.

Em que pese ser compreensível a diversidade de entendimentos sobre o tratamento estatal a ser ofertado às pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei, depreende-se a importância de redirecionamento de perspectivas e práticas realizadas há dois séculos. Fundamental, portanto, a orientação da legislação penal e processual penal a partir da Constituição Federal e seus princípios, da Lei n. 10.216/2001 e da CDPD.

A Reforma Psiquiátrica e o modelo biopsicossocial da deficiência – além de, subsidiariamente, as práticas restaurativas – devem ser alçados para mudança da rota penal. Esse é o nosso desafio atual, mas perante o qual muitas experiências já repercutiram nacionalmente.

Este Manual reflete a disposição em corroborar a desconstrução da ideia do sofrimento psíquico como algo perigoso, a partir de evidências publicadas no Brasil e – nas experiências de Reformas Psiquiátricas – de outros países. Rememora-se que há pesquisas que investigam essa realidade, no sentido de compreender em qual medida os episódios violentos aparecem nas trajetórias de vida das pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei. Elas concluem que **o cometimento de delitos ou sua reiteração não são a regra nos casos que envolvem o público estudado**, e podem indicar a ausência de acesso às políticas sociais, cujos vínculos identificados se davam de forma precária ou inexistente (MECLER, 2010; CAETANO, 2019).

Assim, sobressai a necessidade do **reconhecimento da universalização do direito à saúde**, a partir da observação da singularidade dos casos das pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei. Isso requer que **o cuidado em saúde mental esteja centrado no sujeito**, tendo em consideração sua trajetória e o projeto de vida alinhado ao Projeto Terapêutico Singular (PTS), vide tópico 4.3 da primeira parte deste Manual.

A partir de então, objetiva-se colaborar com a qualificação das respostas judiciais dadas nos casos de pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial. De tal modo, apresentam-se **caminhos técnicos para apoiar magistrados/as a desenvolverem decisões bem fundamentadas, orientadas pelas normativas de proteção dos direitos humanos e garantia do acesso à saúde das pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei**. Salienta-se que a

primeira parte deste Manual já discorre sobre o conjunto normativo que embasa a **Resolução CNJ n. 487/2023**.

Inicialmente, são explanados dispositivos constitucionais numa reunião de esforços para o enfrentamento à estigmatização sobre o público tratado e a dissolução do paradigma da periculosidade sobre as medidas de segurança. Trata-se, portanto, de adequar o instituto jurídico e antecipar um modelo de efetivo cuidado, em detrimento do abandono e isolamento próprio dos HCTPs.

2.1. Adoção de normas constitucionais no âmbito execução da medida de segurança

O *status* de perigoso/a atribuído a pessoas que cometem delitos, com transtorno mental ou não, acabou por corroborar o imaginário social sobre elas, desatrelado da realidade de múltiplas desigualdades e trajetórias de não acesso a direitos básicos. No âmbito das medidas de segurança, é oportuno considerar que a periculosidade ainda aparece como fundamento para desinternação quando supostamente verificada sua cessação. Neste diapasão, figura como atestado que visa prever aspectos futuros da vida da pessoa, ligados à sua reinserção social e à possibilidade de cometimento de novos delitos.

Parte-se, portanto, da compreensão de que a Constituição Federal de 1988 não só não recepcionou a doutrina da periculosidade, como dispôs de dispositivos que apoiam a atuação jurisdicional nos casos que envolvem sofrimento psíquico. As normas a serem adotadas são encabeçadas pelo já citado art. 5º, inciso LXVI da Carta Federal. É imperioso reconhecer que **a adoção das normas e princípios constitucionais deve perfazer a perspectiva antimanicomial de aplicação de medida de segurança** aqui delineada, tendo em vista que, se os direitos processuais e de acesso à justiça garantidos às pessoas privadas de liberdade sem transtorno mental ou deficiência psicossocial fossem também garantidos ao público em tela, já seria significativo o avanço, sobretudo no contexto da execução penal.

A abordagem das normas abaixo persegue a perspectiva de **garantia de tratamento em saúde nos espaços apropriados para este fim, não asilares e não prisionais, de maneira adequada à Lei n. 10.216/2001 e à CDPD**. Para isso, percorre princípios limitadores à atuação do Estado e que corroboram o entendimento sobre a incompatibilidade entre a Carta Magna e o modelo de execução das medidas de segurança ainda vigente.

Art. 5º, XLVII – não haverá penas:

- a) de morte, salvo em caso de guerra declarada, nos termos do art. 84, XIX;**
- b) de caráter perpétuo;**
- c) de trabalhos forçados;**
- d) de banimento;**
- e) cruéis;**

Art. 5º, XXXIX – não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal.

Na medida em que a sanção penal não pode ser ordenada nem executada na forma de morte, tortura, maus-tratos ou em caráter perpétuo, depreende-se que tampouco a medida de segurança tenha tempo indeterminado, sob risco de se configurar como perpétua¹. Na legislação ordinária vigente, a internação como *ultima ratio* se relaciona com o impacto das condições de segregação das instituições de privação de liberdade brasileiras na saúde mental: **ao tempo em que se aprofunda o isolamento, vê-se corroborado o agravamento da saúde mental.**

Neste ínterim, a forma hoje prevista para a medida de segurança também se correlaciona com a violação do princípio da legalidade (CAETANO, 2019). Isto pode ser percebido de modo ainda mais gravoso quando observados casos de pessoas mantidas em HCTPs mesmo após prolatada decisão judicial para desinternação.

Art. 5º, XLIX – é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral;

O respeito à integridade física e moral é princípio e direito que acompanha a pessoa privada de liberdade provisória ou definitivamente e, nesse prisma, cabe sua garantia também no contexto da execução da medida de segurança. Trata-se de direito historicamente vilipendiado tanto no sistema carcerário comum quanto no psiquiátrico, conforme identificado nos relatórios de órgãos de monitoramento, como aqueles produzidos em inspeções pelo **Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT)**². Diante disso, a reorganização do modelo por meio das medidas de segurança deve considerar que o direito em tela entra em rota de colisão quando se trata de tratamentos forçados, como as internações involuntárias e compulsórias.

¹ A esse respeito, podem ser acessados acórdãos dos tribunais superiores, como a decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) no HC n. 98.360/RS, e nos HCs n. 208.336/SP e n. 31.138/SP do Supremo Tribunal de Justiça (STJ), este último que também publicou a Súmula n. 527 (“O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado”).

² Disponíveis em: <https://mnpctbrasil.wordpress.com/relatorios/>.

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]

Art. 5º, LIV – ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal;

A privação de liberdade não deve prescindir dos procedimentos que concretizam direitos intrínsecos ao devido processo legal. Contudo, nem sempre ocorre assim. Não há que se dizer que se trata de cumprimento das regras processuais quando se determina a internação da pessoa porque está em crise ou porque, à época do delito, estava comprovadamente em crise mental, tampouco tal medida condiz com o previsto no princípio da igualdade (caput do art. 5º da Constituição Federal).

Nos termos do referido art. 14 da CDPD, é vedada a privação de liberdade por motivo de deficiência. A linha de cuidado sobre a aplicação do art. 14 da CDPD, publicada no Relatório do Comitê sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência da ONU em 2017³, assegura que a vedação se estende a casos associados à prática de atos considerados crimes:

The Committee has established that article 14 does not permit any exceptions whereby persons may be detained on the grounds of their actual or perceived impairment. However, the legislation of several States parties, including mental health laws, still provide for instances in which persons may be detained on the grounds of their actual or perceived impairment, provided there are other reasons for their detention, including that they are deemed dangerous to themselves or others. That practice is incompatible with article 14; it is discriminatory in nature and amounts to arbitrary deprivation of liberty. (2017, p. 17).

O Comitê estabeleceu que o artigo 14 não permite quaisquer exceções pelas quais as pessoas possam ser detidas por motivos de sua deficiência real ou percebida. No entanto, a legislação de vários Estados partes, incluindo leis de saúde mental, ainda prevêm casos em que as pessoas podem ser detidas em razão de sua deficiência real ou presumida, desde que existam outras razões para sua detenção, incluindo que eles são considerados perigosos para si mesmos ou outros. **Essa prática é incompatível com o artigo 14; é de natureza discriminatória e equivale a privação arbitrária de liberdade.** (2017, p. 17, tradução nossa, grifo nosso).

³ *Guidelines On Article 14. Committee on the Rights of Persons with Disabilities – HCHR.* Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/114/97/PDF/G1711497.pdf?OpenElement>.

Art. 5º, LV – aos litigantes, em processo judicial ou administrativo, e aos acusados em geral são assegurados o contraditório e ampla defesa, com os meios e recursos a ela inerentes;

Em continuidade à argumentação trazida para a definição da estratégia anterior, nota-se que o contraditório e a ampla defesa, dimensões do devido processo legal, são direitos previstos às pessoas acusadas no geral, mas não são considerados quando se trata de pessoas submetidas à medida de segurança. A literatura sobre o tema e o **Censo Nacional sobre os Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs)** identificaram casos de pessoas que foram mantidas em manicômios judiciários por décadas por prática de delitos cuja pena prevista em abstrato não correspondia ao período de segregação identificado, de modo prejudicial à sua saúde e dignidade.

Ademais, o contraditório é a primeira garantia violada, pois a voz do sujeito é relativizada na instrução criminal, e sua posição no processo negada ou representada por curadores/as processuais. Evidentemente, o sujeito pode não estar em condições de interagir no contexto investigativo, o que demanda atenção psicossocial integral e reavaliação do curso da persecução penal, conforme será abordado no capítulo seguinte. Caso não sejam considerados esses questionamentos, a ampla defesa também será invalidada.

Art. 5º, XLV – nenhuma pena passará da pessoa do condenado, podendo a obrigação de reparar o dano e a decretação do perdimento de bens ser, nos termos da lei, estendidas aos sucessores e contra eles executadas, até o limite do valor do patrimônio transferido;

Conforme a **Resolução CNJ n. 487/2023**, a ausência de suporte familiar não deve ser entendida como condição para a imposição, manutenção ou cessação do tratamento ambulatorial ou para a desinternação da pessoa. Nesse sentido, a liberdade e o acesso à atenção psicossocial integral não podem estar condicionados à resposta de outras pessoas acerca da atribuição de responsabilidades sobre outrem.

Com isso, busca-se enfrentar justamente a condição de responsabilização estendida a familiares durante o processo -- diante da comum exigência condicionante pela qual o sujeito só responderá em liberdade se algum familiar também se puser à disposição quando instado/a a responsabilizar-se pelo sujeito --, durante a execução da medida de segurança - quando, por exemplo, é autorizada a saída temporária - durante os procedimentos de desinternação condicional, bem como demais procedimentos intrínsecos à extinção da medida e, perpetuamente, durante a liberdade após cumprimento da medida, quando é tratada como condição elencada no rol de condicionantes prescrito na decisão de liberação definitiva.

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

[...]

III – a dignidade da pessoa humana;

Art. 5º, XLI – a lei punirá qualquer discriminação atentatória dos direitos e liberdades fundamentais;

Na execução da medida de segurança, a internação em saúde mental deve se dar exclusivamente para garantia de um direito fundamental e, como tal, deve ser executada a partir da oferta de ações e serviços e como parte do PTS. Isto significa que a internação não poderá representar a obrigação do sujeito de exercer um direito, quando este direito deve ser a ele garantido, tampouco significa medida de caráter punitivo, conforme veda o Art. 12 da **Resolução CNJ n. 487/2023**: “§ 4º Eventual prescrição de outros recursos terapêuticos a serem adotados por equipe de saúde por necessidade da pessoa e enquanto parte de seu PTS, incluindo a internação, não deve ter caráter punitivo, tampouco deve ensejar a conversão da medida de tratamento ambulatorial em medida de internação”.

Por fim, lembre-se ainda que a CDPD reconhece “a discriminação contra qualquer pessoa, por motivo de deficiência, configura violação da dignidade e do valor inerentes ao ser humano”, e que a existência de qualquer tipo de deficiência não pode justificar medida de privação de liberdade. Trata-se de situação de desrespeito à dignidade das pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial já abordada em produções acadêmicas, audiovisuais e jornalísticas, além dos já mencionados relatórios de inspeções de monitoramento.

Para saber mais!

Produções audiovisuais:

A Casa dos Mortos – Direção: Débora Diniz (2009);

Crônicas (Des)Medidas – Direção: Alyne Alvarez (2015);

Holocausto Brasileiro – Documentário Completo [HD] – Direção: Daniela Arbex (2016);

Em Nome da Razão – Direção: Helvécio Ratton (1979).



2.2. Medida de segurança, singularização do projeto terapêutico e adaptação razoável

No decorrer da história, por meio de abordagens pioneiras em saúde mental, o **PTS** (Projeto Terapêutico Singular) se entrelaça a diversas práticas no campo da saúde, estabelecendo seu significado como um “conjunto de propostas terapêuticas interligadas para um sujeito individual ou coletivo, resultante de discussões conjuntas realizadas por uma equipe interdisciplinar, com o suporte de matriciamento quando necessário” (BRASIL, 2007, p. 40). Portanto, seu traço distintivo reside na transcendência da individualidade, ao considerar as particularidades de cada indivíduo, abarcando o contexto social como parte integrante desse entrelaçamento singular e, assim, incorporando certas comunidades que compõem o convívio da pessoa, como a família.

Singularidades são atributos e constituintes do modo e estilo de vida do sujeito que o diferenciam em relação aos demais para além do caráter quantitativo que, demograficamente, enseja o emprego da individualização. Elaborado em conjunto entre equipes de saúde de referência, usuário/a do serviço – e eventuais familiares –, o **PTS** é uma contratualização formulada e executada a partir das seguintes etapas: hipótese diagnóstica (quando há), definição de metas desejadas e necessárias para o sujeito, divisão de responsabilidades, reavaliação (BRASIL, 2007).

No escopo da saúde, a singularização vai requerer formas de atenção diversas – com possíveis impactos na responsabilização –, exigindo dos territórios o apoio a recursos e políticas públicas e a inventividade próprias desse campo, para que a pessoa possa efetivamente encontrar acolhimento na sociedade. Assim, a atenção em saúde mental a ser prestada e os demais direitos abordados nas decisões judiciais prescindem do olhar sobre a integralidade da vida das pessoas, suas particularidades, relações sociais afetivas, as precariedades de seus contextos de vida, desigualdades no acesso a políticas públicas e demais aspectos que busquem refletir suas trajetórias.

A singularidade do olhar sobre o caso concreto também requer que a trajetória de vida da pessoa seja considerada em intersecção com **marcadores sociais da diferença, como raça, gênero e classe**, que se apresentam em constante interação, posto que a produção subjetiva se dá em conexão com as relações sociais e experiências de vida concretas. Portanto, **a argumentação das decisões judiciais deve refletir o objetivo de garantia de atenção integral à saúde dessas pessoas**, em referência ao arcabouço normativo que trata do tema, e a observância das necessidades apresentadas no campo da saúde mental e demais direitos sociais.

Reconhecer a amplitude da **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**, com seus componentes (dimensões do cuidado) e pontos de atenção (estratégias e serviços voltados ao cuidado), gera a capacidade de proceder a diversas práticas de cuidado – do acolhimento à desvinculação – com condutas especificamente atentas não apenas ao quadro diagnóstico mas, sobretudo, às necessidades apresentadas pelo sujeito em sofrimento psíquico. **Trata-se de uma mudança do modelo centrado no serviço para um modelo centrado na pessoa e em suas necessidades em saúde**, dinâmica que configura um dos princípios baluartes da Política Nacional de Saúde Mental e o primeiro direito elencado na Lei n. 10.216/2001.

Nesse quesito, as **Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos (Regras de Nelson Mandela)** corroboram o entendimento exposto acima. As **regras 30c, 89.1 e 93** preocupam-se com a atenção à saúde da pessoa privada de liberdade, com destaque para a observação do sofrimento produzido pela própria detenção, e indicam a tomada de providências de modo apropriado ao indivíduo, ou seja, a partir da singularização do tratamento.

Ressalta-se, contudo, que a **singularização não pode representar a privação de liberdade desse público justificada por motivo de deficiência**, em atenção ao art. 14 da CDPD, no qual se depreende a prioridade de cuidado em saúde mental em meio aberto, nos serviços territoriais de base comunitária da rede pública de saúde, como preconizado pela Lei n. 10.216/2001. Nesse sentido, a **adaptação razoável** visa a efetivar o princípio da equivalência entre as pessoas com e sem deficiência.

Agora, direciona-se à parametrização da medida de segurança para que deixe de atender ao modelo asilar e manicomial e passe a obedecer aos paradigmas da Reforma Psiquiátrica e do modelo biopsicossocial da deficiência.

i) Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD)

Todas as normas da CDPD que resvalam nos debates sobre tratamento em saúde apresentam relevância nesta produção. Ela foi ratificada pelo Brasil com *status* constitucional, conforme previsto no art. 5º, § 3º, da Constituição Federal, que reverbera, na função jurisdicional, na obrigação de aplicar preferencialmente esta Carta Magna e os tratados internacionais de direitos humanos. Serão abordadas aqui os dispositivos que promovem a interface entre saúde e justiça.

Art. 12: Reconhecimento igual perante a lei

Na medida em que as pessoas com deficiência gozem “de capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos da vida” (art. 12.2), dois pontos devem ser

destacados para conformar a norma à realidade: essa norma é cogente e diretiva, cabendo ao Estado e à sociedade reconhecerem a capacidade legal plena desses cidadãos, não se tratando de um plano de desenvolvimento da capacidade e devendo ser reconhecida em todos os aspectos da vida, dentro dos quais, portanto, está a relação com o Sistema de Justiça.

Contudo, **capacidade legal plena não significa ausência de apoio para a tomada de decisão**. Por isso, a CDPD assegura o dever dos Estados tomarem “medidas apropriadas para prover o acesso de pessoas com deficiência ao apoio que necessitarem no exercício de sua capacidade legal” (art. 12.3), que deve incluir “salvaguardas apropriadas e efetivas para prevenir abusos”, e respeitar “os direitos, a vontade e as preferências da pessoa” (art. 12.4).

Art. 14: Liberdade e segurança da pessoa

Nos termos do dispositivo anterior, o art. 14 prevê que a liberdade também é direito a ser exercido plenamente pelas pessoas com deficiência, em igualdade de oportunidades com as demais. Além disso, assevera que “não sejam privadas ilegal ou arbitrariamente de sua liberdade e que toda privação de liberdade esteja em conformidade com a lei, e que a existência de deficiência não justifique a privação de liberdade” (art. 14.1, b). Contudo, mesmo que sejam privadas de liberdade por motivação completamente apartada da deficiência, é justamente este fato que faz a norma determinar que “em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, façam jus a garantias” processuais e legais, “inclusive mediante a provisão de **adaptação razoável**” (art. 14.2).

Art. 16: Prevenção contra a exploração, a violência e o abuso

A prevenção de “todas as formas de exploração, violência e abuso, assegurando, entre outras coisas, formas apropriadas de atendimento e apoio que levem em conta o gênero e a idade das pessoas com deficiência e de seus familiares e atendentes” (art. 16.2) é requisito para a admissão do cumprimento das normas relativas aos direitos desse público. Assim, também no Sistema de Justiça Criminal é preciso atendê-las, através da determinação de que as pessoas tenham acesso às políticas de saúde, socioassistenciais e de direitos humanos, e necessariamente do incentivo ao seu investimento.

Art. 25: Saúde

O artigo aborda o reconhecimento do direito de as **pessoas com deficiência gozarem do estado de saúde mais elevado**, em igualdade de condições com as demais, sem sofrer discriminação devido à deficiência. Isso implica na oferta de programas de atenção à saúde gratuitos e acessíveis,

bem como serviços de saúde próximos às comunidades, inclusive em áreas rurais. O artigo 25.d prevê que “os Estados Partes realizarão atividades de formação e definirão regras éticas para os setores de saúde público e privado, de modo a conscientizar os profissionais de saúde acerca dos direitos humanos, da dignidade, autonomia e das necessidades das pessoas com deficiência”.

Art. 26: Habilitação e reabilitação

Preceitua as normas que devem ser tomadas pelos Estados “medidas efetivas e apropriadas, inclusive mediante apoio dos pares, para possibilitar que as pessoas com deficiência conquistem e conservem o máximo de autonomia e plena capacidade física, mental, social e profissional, bem como plena inclusão e participação em todos os aspectos da vida” (art. 26.1). Inclui nas dimensões desse dever estatal a **garantia do direito à saúde**, por meio de procedimentos “baseados em avaliação multidisciplinar das necessidades e pontos fortes de cada pessoa” (art. 26.1, a), entre outros.

Logo, são os pontos fortes, as potencialidades e as habilidades elementos centrais na promoção de ações de **reabilitação psicossocial** para pessoas que estejam em internações, incluídas aquelas de longa permanência, para as quais devem ser direcionadas ações de desinstitucionalização. É fundamental a adoção desse item como parâmetro, entre outros motivos, porque confronta diretamente as fragilidades atribuídas à pessoa, que, via de regra, orientam os/as atores e atrizes judiciais. A própria noção de periculosidade – prova para readquirir a liberdade, ainda que não seja para perdê-la – sustenta-se nas fragilidades e em ações decorrentes de faltas, carências e insuficiências que, supostamente, as deficiências geram na pessoa.

Ademais, habilitação e reabilitação só serão possíveis em espaços apropriados para essas finalidades, que não é o caso de prisões, ainda que chamadas de hospitais de custódia. A característica asilar de hospitais psiquiátricos, manicômios e HCTPs, com a soma negativa, neste último, da ambiência prisional, não compõe *locus* de cuidado e reabilitação em saúde, cuja tônica deve ser a do tratamento em meio aberto, portanto, comunitário, conforme assevera a Lei n. 10.216/2001.

ii) Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI)

Infraconstitucional, a LBI internaliza os preceitos da CDPD e os adapta culturalmente à sociedade brasileira.

Art. 2º. § 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:

- I – os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;**
- II – os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;**

III – a limitação no desempenho de atividades; e

IV – a restrição de participação.

A **avaliação biopsicossocial** prevista na LBI é mais uma medida de avaliação e acompanhamento do sujeito nesse itinerário do cuidado na interface com o Sistema de Justiça Criminal. Portanto, é cabível sempre que a pessoa, por exemplo, passar por avaliações periciais e psicossociais que informem sua situação clínico-social e as perspectivas e desdobramentos das estratégias de cuidado adotadas. Também é imperioso que, distintamente da avaliação pericial clássica realizada apenas por psiquiatras, seja a avaliação em tela executada por profissionais com formação orientada por diversos saberes, em conformidade com as normas vigentes. Assim, a atualização do procedimento a fim de se verificar fatores não só biológicos, mas biopsicossociais, deve ser realizada.

Cabe ressaltar na norma que a avaliação deve considerar as funcionalidades do corpo e suas limitações, ao lado dos fatores externos, notadamente os desencadeantes de crise, desorganização ou mesmo violação de direitos, como a própria participação na comunidade e nos eventos afeitos ao seu interesse. Portanto, as avaliações destinadas a informar sobre a condição da pessoa em tratamento devem abranger todas essas dimensões, não se limitando a observar seu comportamento dentro da instituição ou a supostos riscos à sociedade. A avaliação junto à pessoa com deficiência não deve se restringir a essa perspectiva, nem aprofundar estigmas, mas deve priorizar seu bem-estar e aprimoramento da qualidade de vida, considerando seus diversos aspectos (CORRÊA, 2019).

Art. 81. Os direitos da pessoa com deficiência serão garantidos por ocasião da aplicação de sanções penais.

A aplicação de **sanção penal não tolhe o exercício de demais direitos, como o acesso à saúde**. Logo, para a garantia do acesso ao cuidado em saúde mental, a medida de segurança não pode ter o condão de, com base nesse cuidado, diminuir o rol de direitos da pessoa cuidada.

iii) Lei n. 9.455/1997 – Define os crimes de tortura e dá outras providências

Art. 1º Constitui crime de tortura:

[...]

II – submeter alguém, sob sua guarda, poder ou autoridade, com emprego de violência ou grave ameaça, a intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo.

A previsão desse artigo corresponde genericamente à condição das pessoas com deficiência ainda inseridas em medida de segurança de caráter asilar e manicomial. A rigor, os achados acerca da atenção prestada pelos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) no Bra-

sil revelam grande descaso, abandono institucional, atitudes capacitistas e fragilização dos vínculos da pessoa com a família e com o resto do mundo. A norma acima apresenta um cenário típico: a submissão das pessoas em medida de segurança, com emprego de ameaça grave ou mesmo violência física, a intenso sofrimento como medida de caráter preventivo.

§ 1º Na mesma pena incorre quem submete pessoa presa ou sujeita a medida de segurança a sofrimento físico ou mental, por intermédio da prática de ato não previsto em lei ou não resultante de medida legal.

A internação na forma clássica (asilar) da medida de segurança em ECTP dá-se, via de regra, por meio de práticas de segregação e institucionalização. Depreende-se da **Resolução CNJ n. 487/2023** que a saúde deve orientar as medidas tomadas frente a casos de pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei, com base no seu PTS. Isto posto, considera-se que a decretação judicial de internação fora dos requisitos dos protocolos de urgência em saúde mental do SUS, do PTS e a partir de avaliação de equipe de saúde, conforma medida a ser extinta.

Nesse sentido, prima-se pela atenção às portas de entrada e saída dos HCTPs que ainda estão em funcionamento, com especial atenção aos casos de pessoas com sentença de desinternação aprovada e alvará de soltura expedido. Essa situação, que é recorrente nos estados brasileiros com essa estrutura em seu arranjo administrativo prisional, corresponde a gravíssima situação de manutenção de submissão da privação de liberdade resultante de medida ilegal.

iv) Resolução CNJ n. 225/2016 – Dispõe sobre a Política Nacional de Justiça Restaurativa no âmbito do Poder Judiciário

No sentido de perspectivas que alterem o rumo do circuito institucional da medida de segurança, em favor de um rumo dialógico e autonomista das pessoas envolvidas no conflito deflagrado, está a restauratividade, expressão eleita entre os meios adequados de autocomposição de conflitos no âmbito penal. Seus princípios coadunam-se com os norteadores da Reforma Psiquiátrica e do modelo social da deficiência, especialmente no que diz respeito à autonomia da vontade, ao cuidado como direito e à corresponsabilidade pelos danos e projetos de vida.

A **Resolução CNJ n. 487/2023** recomenda, em seu art. 19, “sempre que possível, em qualquer fase processual, a derivação de processos criminais que envolvem pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial para **programas comunitários ou judiciais de justiça restaurativa**, a partir da utilização de vias consensuais alternativas, visando à desinstitucionalização, em consonância com os princípios norteadores da justiça restaurativa presentes na **Resolução CNJ n. 225/2016**.” (grifo nosso).

Uma publicação apresentada em 2021 pelo CNJ, denominada “**Projeto Rede Justiça Restaurativa: possibilidades e práticas nos sistemas criminal e socioeducativo**”, apresenta os dados mais recentes acerca das práticas restaurativas no âmbito dos Tribunais de Justiça. Dentre os destaques relevantes para conexão com a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, ressalta-se a sua aplicabilidade em casos nos quais os tipos penais são apenáveis com reclusão, cujas estratégias restaurativas são requeridas preferencialmente no início da fase do conhecimento, de modo que não resultem na privação de liberdade.

Além disso, a referida publicação reitera o **potencial da justiça restaurativa quando tratar-se de crimes cometidos entre pessoas conhecidas**, em que os procedimentos subsidiam trabalho nas causas afetivas e sociais complexas, bem como naqueles casos em que não há vítima individual, mas fere a coletividade, de modo que pode proporcionar efetiva responsabilização e atenção às necessidades sociais estruturais.

Oportuno reafirmar a intersecção do uso de recursos restaurativos com a observância de marcadores sociais da diferença, em particular com as questões socioeconômica, racial e de gênero. Também se sugere atenção específica quando o contexto do delito envolve sofrimento psíquico, uso abusivo de drogas, violência sexual contra criança, pessoas idosas e violência doméstica.

Nesse quesito, destaca-se um caso de saúde mental e justiça, indicado no Projeto Rede Justiça Restaurativa (CNJ, 2021, p. 118), em que foram trabalhados aspectos de responsabilização coletiva por meio da restauratividade e da articulação de rede, e que envolveu violência intrafamiliar. Trata-se do caso de um homem com diagnóstico de esquizofrenia que permanecia internado há 21 anos em um HCTP, mesmo após a extinção da medida de segurança. Conforme a **súmula n. 527 do STJ**, o prazo final da medida de segurança era junho de 2017. Dentre as possibilidades de saída, foram considerados o retorno para o convívio familiar ou o encaminhamento para um Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Contudo, a família afirmou não ter condições de recebê-lo e, por ausência de resposta estatal, inexistia na localidade a residência terapêutica. Assim, “a solução que está sendo construída partiu da ênfase na perspectiva de responsabilidade coletiva e compartilhada – com família, instituições, Sistema de Justiça etc. –, assumindo compromissos e ações para atender às necessidades do caso. Para tanto, realizou-se uma forte articulação de rede”.

Nesse caso, a publicação demarca possibilidade de construção de saída através da responsabilidade coletiva e da articulação intersetorial. Como primeiro passo, reconheceu-se o Estado como responsável pela manutenção da internação por prazo excessivo, bem como pela ausência de espaços de cuidado e outras possibilidades para pessoas nestas circunstâncias, configurando-se grave violação de direito.

v) Lei n. 8.213/1991 – Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências

Art. 26. Independe de carência a concessão das seguintes prestações:

[...]

II – auxílio-doença e aposentadoria por invalidez nos casos de acidente de qualquer natureza ou causa e de doença profissional ou do trabalho, bem como nos casos de segurado que, após filiar-se ao RGPS, for acometido de alguma das doenças e afecções especificadas em lista elaborada pelos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, atualizada a cada 3 (três) anos, de acordo com os critérios de estigma, deformação, mutilação, deficiência ou outro fator que lhe confira especificidade e gravidade que mereçam tratamento particularizado;

Art. 151. Até que seja elaborada a lista de doenças mencionada no inciso II do art. 26, independe de carência a concessão de auxílio-doença e de aposentadoria por invalidez ao segurado que, após filiar-se ao RGPS, for acometido das seguintes doenças:

- a) tuberculose ativa,
- b) hanseníase,
- c) alienação mental,
- d) esclerose múltipla,
- e) hepatopatia grave,
- f) neoplasia maligna,
- g) cegueira,
- h) paralisia irreversível e incapacitante,
- i) cardiopatia grave,
- j) doença de Parkinson,
- k) espondiloartrose anquilosante,
- l) nefropatia grave,
- m) estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante),
- n) síndrome da deficiência imunológica adquirida (aids)
- o) contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada. (Lei n. 8.213/1991, grifo nosso).

A despeito da legislação não ser uniformizada no que tange à nomenclatura em muitas políticas públicas, a diferença terminológica não deve inviabilizar a garantia de direitos. É o caso da definição de “doença grave” na Lei n. 8.213/1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências, quando, em seu art. 151, considera as doenças acima como graves.

Outrossim, o art. 318 do Código de Processo Penal estabelece que “Poderá o juiz substituir a prisão preventiva pela domiciliar quando o agente for: II – extremamente debilitado por motivo de **doença grave**” (grifo nosso). Já a **Jurisprudência de Teses n. 32, de 15 de abril de 2015**, dispõe no teor do enunciado n. 3: “A substituição da prisão preventiva pela domiciliar exige comprovação de doença grave, que acarrete extrema debilidade, e a impossibilidade de se prestar a devida assistência médica no estabelecimento penal”.

Nesse sentido, é possível definir que a permanência no ambiente prisional agrava a saúde mental, pois pode haver submissão a condições degradantes, como o isolamento por longo prazo em celas insalubres. Logo, **ganha amplitude a possibilidade de o/a magistrado/a substituir a prisão preventiva pela modalidade de prisão domiciliar nos casos abordados pela legislação supramencionada.**



PROTOCOLO PARA QUALIFICAÇÃO DA ATUAÇÃO INTERINSTITUCIONAL

3

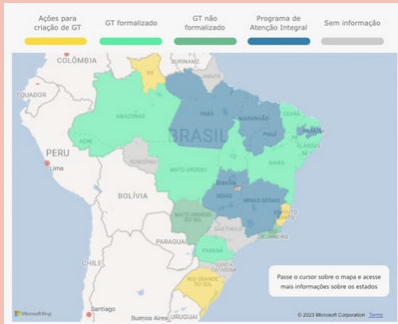
PROTOCOLO PARA QUALIFICAÇÃO DA ATUAÇÃO INTERINSTITUCIONAL

A criação de ações para atenção psicossocial integral às pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei alinhadas com a Política Antimanicomial do Poder Judiciário requer, de antemão, a compreensão do desafio em lidar com a temática, cuja complexidade implica necessária **mobilização intersetorial**, no sentido do **compartilhamento de responsabilidades**. Para materializar a parceria entre atores e atrizes relevantes para a garantia dos direitos do público em questão, propõe-se a estruturação de procedimentos que conformam passos a serem buscados de maneira interinstitucional, distribuídos em fases.

Conforme previsto na **Resolução CNJ n. 487/2023**, a assimilação da Política Antimanicomial do Judiciário requer a viabilização de **articulação permanente** entre este Poder e as redes de atenção à saúde e socioassistenciais em todas as fases do procedimento penal (art. 3º, IX). Isso deve ocorrer mediante elaboração de **PTS**, que reflita a construção de uma “estratégia compartilhada de gestão e de cuidado” (art. 2º, VI).

Nessa proposição, considera-se que as experiências dos Grupos de Monitoramento e Fiscalização dos Sistemas Carcerário e Socioeducativo (GMF) indicam que **Grupos de Trabalho (GTs)** configuram importantes estruturas organizadas, em sua maioria, antes da edição da **Resolução CNJ n. 487/2023**, para impulsionar essas ações. Os GTs viabilizam a reunião de esforços de representantes de órgãos e entidades estratégicas para a temática, incumbidos na construção de planos de trabalho, fluxos, instrumentos e planos de política estadual a ser executada por programa antimanicomial, com previsão de ações periódicas de monitoramento, as quais serão abordadas em seguida.

É importante ressaltar que, com o advento da **Resolução CNJ n. 487/2023**, o CNJ impulsiona a formação do **Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário (CEIMPA)**, como preconizado pela referida Resolução (art. 20) e tratado adiante, com mais detalhes.



Para mais informações, acesse o **Painel de ações estaduais** para implementação da **Resolução CNJ n. 487/2023**.



Algumas unidades da federação contam com **Programas de Atenção Integral** antecedentes à **Resolução CNJ n. 487/2023**. Criados no âmbito do Poder Judiciário ou em interface com este Poder, objetivam **reestruturar a medida de segurança, para adequação ao modelo antimanicomial tratado pela Lei n. 10.216/2001, de forma integrada às Redes de Saúde do SUS**.

São eles:

1. Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), no estado de Minas Gerais;
2. Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), no estado de Goiás;
3. Programa de Cuidado Integral ao Paciente Psiquiátrico (PCIPP), no estado do Piauí;
4. Programa de Atenção Integral a Pessoas com Transtornos Mentais em Conflito com a Lei no Estado do Maranhão (PAIMA);
5. Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Estado do Pará (Praçaí); e
6. Programa de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei do Estado da Paraíba (PROA-PB).

Além dos Programas estabelecidos nos estados, que são apoiados por equipes conectoras, também se observam iniciativas de monitoramento e avaliação das pessoas em medida de segurança de internação por meio de Projetos de acompanhamento e/ou equipes multiprofissionais especializadas, em substituição à perícia tradicional.

7. Projeto “Reintegra” de acompanhamento das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei do estado do Mato Grosso do Sul;
8. EMPAP. Exame Multiprofissional e Pericial de Avaliação Psicossocial, criado para o processo de desinstitucionalização do HCTP Henrique Roxo, localizado em Niterói, estado do Rio de Janeiro.

É relevante enfatizar que, nos estados mencionados, os Programas de Atenção Integral a Pessoas com Transtornos Mentais em Conflito com a Lei, existentes mesmo antes da **Resolução CNJ n. 487/2023**, operam com base em um Provimento emitido pelo Poder Judiciário. Trata-se de documentos que disciplinam procedimentos quanto à atuação jurisdicional nos casos que envolvem pessoas com transtorno mental, a organização e o funcionamento dos respectivos Programas e fluxos de atuação que consideram o apoio e a produção técnica de equipes conectoras e multiprofissionais.

Os Programas de Atenção Integral correspondem a espaços que potencializam a tomada de decisão de maneira segura e qualificada e que impulsionam a corresponsabilização entre as instituições envolvidas, com vistas à garantia de atenção integral às pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial que contribua na construção do seu estatuto de sujeito de direitos. Ainda, viabilizam a ambientação para execução e monitoramento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

Fique atento/a!!

Art. 20. Os Grupos de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário (GMFs) dos tribunais poderão:

[...]



VI – instituir ou participar de Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário, o qual contará com representantes do GMF, da Vara de Execução Penal, da Saúde Mental-Raps, da Assistência Social, do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura, onde houver, dos Conselhos Regionais de Serviço Social, Psicologia e Medicina, do Ministério Público, da Defensoria Pública, do Conselho da Comunidade, onde houver, da Equipe de Saúde da Secretaria responsável pela gestão prisional, podendo contar ainda com outros Conselhos de Direitos, Organizações da Sociedade Civil afetas ao tema, usuários da Política de Saúde Mental, entre outros. (art. 8º, **Resolução CNJ n. 487/2023**, grifo nosso).

Com a **Resolução CNJ n. 487/2023**, os GMFs dos Tribunais poderão instituir ou compor **CEIM-PAs** e fortalecer os Programas de Atenção Integral já existentes. Ademais, para sua proposição, foram considerados órgãos do Sistema de Justiça e do Poder Executivo, conforme suas atribuições, com previsão de poder contar, ainda, em sua composição, ou como parceiras, com entidades de ensino e da sociedade civil implicadas com o tema.

Diante dessa previsão normativa e das experiências antecedentes de GTs e Programas de Atenção Integral, sugere-se que atores e atrizes locais possam refletir sobre o cenário estadual e instituir o CEIMPA no âmbito do Poder Judiciário, de modo condizente com as necessidades postas para a implementação da **Resolução CNJ n. 487/2023** no território. Reitera-se que os GTs têm sido

criados como espaços propulsores para a articulação interinstitucional inicial, com ações voltadas para a sensibilização, formação e levantamento de dados (diagnósticos), sendo os **Programas e o CEIMPA verdadeiros executores da Política Antimanicomial** criada em âmbito estadual e das suas ferramentas de monitoramento.

Ressalta-se que, apesar de serem tratadas conjuntamente neste Manual, em decorrência de terem atribuições e objetivos similares, essas estruturas, – GT e CEIMPA, –também se diferenciam no tocante à **duração temporal**. Os GTs têm previsão de funcionamento breve, entre seis meses e dois anos, ou até que cumpram o seu objetivo. O CEIMPA e o Programa de Atenção Integral, por outro lado, têm permanência constante, posto que a eles é acrescido o objetivo de, além de executar, monitorar a Política Antimanicomial do Poder Judiciário naquele respectivo estado.

A seguir, serão apresentadas as etapas procedimentais que indicam possibilidades de atuação interinstitucional desde a porta de entrada do Sistema de Justiça Criminal até a desinstitucionalização, visando garantir as diretrizes outrora assinaladas e a prioridade do cuidado no ambiente terapêutico de estabelecimentos de saúde de caráter não asilar, em comunidade.

3.1. Procedimentos para articulação interinstitucional nos estados

As orientações de procedimentos iniciais para articular instituições, serviços, atores e atrizes relevantes para a assimilação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário foram sistematizadas no quadro abaixo. Dividiu-se em três fases para fins de melhor disposição do conteúdo, contudo, as distintas realidades estaduais podem ensejar adaptação das sugestões apresentadas para a devida customização de ações.

Reitera-se que os procedimentos previstos refletem o suporte técnico-institucional permanente prestado pelo DMF/CNJ às ações dos Tribunais e de magistrados/as, em conformidade com o art. 23 da **Resolução CNJ n. 487/2023**. Diante da multiplicidade de situações identificadas nos territórios e que porventura não tenham sido previstas neste Manual, salienta-se que o funcionamento da instância interinstitucional poderá aprofundar a qualificação de procedimentos a serem adotados em conformidade com a Política Antimanicomial.

Os procedimentos, portanto, estão elencados em três níveis distintos:

i) Prospecção e articulação;

ii) Implantação;

iii) Acompanhamento junto ao CEIMPA ou ao Programa Antimanicomial Estadual do Poder Judiciário.

Sugerimos os seguintes procedimentos para cada uma dessas fases:



Fase: Prospecção e articulação

- Identificação inicial de instituições, serviços, atores e atrizes relevantes para atuação na pauta;
- Sensibilização de atores e atrizes locais sobre a temática por meio de estratégias como reuniões técnicas; acompanhamento, discussão e revisão de casos; e realização de processos formativos para orientação acerca da Política Antimanicomial do Poder Judiciário.



Fase: Implantação

- Elaboração e publicação de ato normativo (Portaria), para formalização de criação de Grupo de Trabalho ou Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário (CEIMPA);
- Elaboração de Plano de Trabalho;
- Elaboração e assinatura de Termo de Cooperação para pactuação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário.



Fase: Execução e acompanhamento junto ao CEIMPA ou ao Programa Antimanicomial Estadual do Poder Judiciário

- Execução de ações para implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário (delineadas nos tópicos seguintes);
- Monitoramento do cumprimento das ações da Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

Essas instâncias colegiadas poderão contar com **representantes das seguintes instituições e órgãos**, em conformidade com o art. 20 da **Resolução CNJ n. 487/2023**:

- a) No Poder Judiciário, a Corregedoria Geral de Justiça, GMFs, Varas Criminais e Varas de Execução Penal, além de equipes e núcleos multidisciplinares de apoio;
- b) No Ministério Público, preferencialmente por meio dos Centros de Apoio Operacionais e Núcleos ligados às searas criminal e de execução penal, ao monitoramento de estabelecimentos penais, aos direitos humanos e à saúde;
- c) Na Defensoria Pública, preferencialmente por meio dos Núcleos ligados à execução penal, estabelecimentos penais e congêneres, aos direitos humanos e à saúde;
- d) No Poder Executivo, as Secretarias – estaduais e municipais – de Saúde (com destaque para gestores/as e equipes de serviços da RAPS, EAP e Equipe de Saúde da Secretaria responsável pela gestão prisional), administração prisional, equipes de serviços penais (de APEC e Escritório Social), assistência social e congêneres;
- e) O Sistema de Prevenção e Combate à Tortura, inclusos Comitês e Mecanismos Preventivos Estaduais;

- f) Entidades de ensino com expertise relevante no tema;
- g) Conselhos Regionais de Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, Terapia Ocupacional e Medicina;
- h) Conselhos da Comunidade;
- i) Outros Conselhos de Direitos, organizações da sociedade civil afetas ao tema e usuários/as da Política de Saúde Mental.

Além das instituições supramencionadas, outros órgãos e coletivos podem compor esta articulação interinstitucional, como colegiados de gestores/as das redes de atenção à saúde e socioassistenciais, representantes do movimento da luta antimanicomial, entre outros. Adiante, são assinaladas possibilidades de atuação das entidades colegiadas que deverão conduzir a Política Antimanicomial do Poder Judiciário nos estados, refletindo o desenho interinstitucional e a realidade local.

O **objetivo geral** do GT ou do CEIMPA é propor ações estaduais de desinstitucionalização e atenção integral às pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial em conflito com a lei, em conformidade com a Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

Ressalta-se como primeira medida a ser tomada, conectada à emissão de respostas interinstitucionais qualificadas e condizentes à prioridade de singularização de casos, a **observância da Resolução CNJ n. 487/2023** e dos **fluxogramas** dispostos neste Manual. Essas duas referências devem subsidiar as etapas propostas para incorporação das diretrizes da Política Antimanicomial do Poder Judiciário nos estados, de modo que estarão no centro das estratégias de sensibilização e capacitação técnica.

As **possibilidades de atuação** são delineadas em consideração às experiências estaduais identificadas até a publicação deste Manual.

No exercício das suas **atribuições**, os GTs ou os CEIMPAs poderão realizar reuniões de trabalho periódicas, de forma presencial ou virtual, em datas e horários a serem definidos pelos/as participantes, e se dividir em subgrupos. Esta disposição de organização tem refletido as prioridades elencadas em cada estado, conforme sua realidade, arranjos disponíveis e desafios postos.

Essas instâncias colegiadas também poderão fomentar a **celebração de acordos de cooperação técnica**, protocolos interinstitucionais, provimentos e outras modalidades, para formalização de fluxos de trabalho conjunto, visando a garantia da atenção integral às pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei e a institucionalização da Política Antimanicomial do Poder Judiciário no estado.

i) Plano de trabalho: etapas e ações recomendadas

Para a consecução das fases propostas para a articulação interinstitucional, as ações abaixo podem ser consideradas uma adaptação à realidade de cada território, inclusive quando se tratar de instauração imediata do CEIMPA ou de um Programa Antimanicomial do Poder Judiciário estadual já existente. Reitera-se que é considerada a realização de **parcerias entre entes e instituições** para o desenvolvimento dessas atividades, que materialize o almejado **compartilhamento de responsabilidades**.

De antemão, destaca-se que as ações previstas para GTs também podem ser consideradas na criação direta de instância colegiada permanente, como o CEIMPA, conforme segunda metade do quadro. Nesse sentido, este tópico se trata de uma compilação de ações propostas com base nas experiências estaduais em execução ou já executadas, sendo plenamente possível pular a primeira etapa e partir para a criação do CEIMPA.

Etapa: Grupo de Trabalho ou CEIMPA

- Realizar e apoiar processos formativos e de capacitação de profissionais dos Sistemas de Justiça, Saúde e Assistência Social para orientação acerca da Política Antimanicomial do Poder Judiciário;
- Fomentar e apoiar a realização de diagnósticos estaduais e pesquisas sobre a população com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei, com atenção às pessoas custodiadas em unidades prisionais e estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico;
- Acompanhar, discutir e revisar casos e ações de desinstitucionalização;
- Mapear e identificar programas e serviços do SUS, do SUAS e de direitos humanos, como moradia, trabalho, cultura e educação, necessários para a garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei;
- Produzir documentos orientadores adequados à Política Antimanicomial do Poder Judiciário, como fluxos, instrumentos e planos de política estadual, com previsão de instituição de CEIMPA ou Programa Antimanicomial Estadual do Poder Judiciário.

Etapa: CEIMPA ou Programa Antimanicomial Estadual do Poder Judiciário

- Desenvolver Plano de Educação Permanente em Políticas Penais e Judiciárias, Saúde Mental e Assistência Social para orientação acerca da Política Antimanicomial do Poder Judiciário voltado, principalmente, a profissionais dos Sistemas de Justiça, Saúde e Assistência Social;

- Fomentar e apoiar a realização de diagnósticos estaduais e pesquisas sobre a população com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei, com atenção às pessoas custodiadas em unidades prisionais e HCTPs;
- Mapear e identificar programas e serviços do SUS, do SUAS e de direitos humanos, como moradia, trabalho, cultura e educação, necessários para a garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei;
- Promover a articulação com programas e serviços das redes de atenção à saúde e socioassistenciais, para fins de adequação de fluxos que reflitam a corresponsabilização pelos cuidados das pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei, desde a porta de entrada do Sistema de Justiça Criminal e do Sistema Socioeducativo, no que couber;
- Elaborar e aprimorar Planos Estaduais e Distrital de Implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, em consonância com o Plano Nacional correspondente, observando os casos prioritários e enfoque na desinstitucionalização;
- Fomentar o financiamento compartilhado entre as instituições partícipes dos processos de desinstitucionalização;
- Criar mecanismos permanentes de monitoramento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário em todo o ciclo penal e socioeducativo, no que couber.

No escopo de suas finalidades, sugere-se que os GTs e os CEIMPAs possam **fomentar, apoiar, propor e realizar cursos, eventos formativos e a capacitação** de profissionais das equipes multidisciplinares dos Sistemas de Justiça, Saúde e Assistência Social, para orientação acerca da Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Os arranjos disponíveis no estado podem ser o ponto de partida para o levantamento das demandas e identificação das prioridades, bem como para a condução dos processos formativos que culminem em um **Plano de Educação Permanente**, podendo envolver as Escolas de Formação dos distintos entes participantes, a exemplo das Escolas Estaduais de Magistratura e correspondentes no Ministério Público e Defensoria Pública, além destas instâncias no âmbito do Poder Executivo.

Saiba mais!

Grupos de Trabalho em estados como Paraíba, Ceará e Mato Grosso realizaram processos formativos sobre o tema: cursos para magistrados/as e outros/as profissionais do Direito, reuniões técnicas e webinários.

Para conhecer as discussões realizadas, acesse:

- Webinário: “Cuidado em Rede: Política para as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei”, na Paraíba. Disponível em: <https://www.tjpb.jus.br/noticia/ultimo-dia-do-webinario-sobre-pessoas-com-transtorno-mental-trata-dos-avancos-e-desafios-na>⁴, na Paraíba.
- Webinário: “A loucura do Direito: os encontros e desencontros entre os saberes da mente e da lei”, no Ceará. Disponível em: <https://esmec.tjce.jus.br/calendario/webinario-a-loucura-do-direito-os-encontros-e-desencontros-entre-os-saberes-da-mente-e-da-lei/>⁵
- Webinário: “Direito Penal e Saúde Mental: construindo uma política antimanicomial”, no Mato Grosso. Disponível em: http://www.tjmt.jus.br/noticias/65899#.Yxlq0C_5T0p⁶



É fundamental partir da realidade de cada estado, considerando aspectos tanto relacionados à disposição das instituições dos sistemas envolvidos quanto à territorialidade dos serviços, bem como seu cruzamento com as comarcas dos Tribunais de Justiça. Por isso, a **identificação, o fomento e o investimento em programas e serviços do SUS, do SUAS e de direitos humanos** conectam-se à garantia da atenção integral à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

4 Vídeos do webinário disponíveis em: <https://www.youtube.com/watch?v=SIEVs08XFyc>.

5 Vídeos do webinário disponíveis em: https://www.youtube.com/watch?v=N26WyQY7wmM&list=PL0eCfr_p2F6pCF730I9bz1sy0_MngBfqf&index=3.

6 Carta de compromisso produzida no âmbito do evento disponível em: [http://www.tjmt.jus.br/intranet.arq/downloads/Imprensa/NoticialImprensa/file/24%20-%20Propostas%20-%20Webin%C3%A1rio%20Sa%C3%BAde%20Mental%20e%20Direito%20Penal_MT_docx%20\(1\).pdf](http://www.tjmt.jus.br/intranet.arq/downloads/Imprensa/NoticialImprensa/file/24%20-%20Propostas%20-%20Webin%C3%A1rio%20Sa%C3%BAde%20Mental%20e%20Direito%20Penal_MT_docx%20(1).pdf).

Consta no Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei do Estado da Paraíba!

Ao tratar da meta de elaborar um Plano Emergencial Intersetorial de Desinstitucionalização, a **Resolução CIB-PB n. 19/2021** (2019, p. 44) inclui como ação do Plano de Atenção Integral da Paraíba “georreferenciar as redes de atenção à saúde e de assistência social no estado, para apoio ao Sistema de Justiça e auxílio na articulação intersetorial”.



Essa ação pode contar com o apoio de atores e atrizes estratégicos/as, como as Secretarias de Saúde, de Desenvolvimento Social e congêneres, além de instituições de ensino superior. Ademais, poderão impulsionar a inserção dos serviços envolvidos como **cenários de estágios e residências multiprofissionais**, incluídos aqueles do Judiciário, bem como fomentar a incorporação de conteúdos e práticas nos currículos das graduações e pós-graduações das áreas de formação implicadas (como cursos das ciências da saúde, sociais e humanas), em conformidade com a Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

Quanto à **produção de dados**, reitera-se que são possibilidades de atuação para GTs e CEIM-PAs a criação, o fomento e o apoio a **grupos de estudo e diagnósticos locais**, de modo que possam contribuir para a implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Essas ações devem observar a incidência dos marcadores que convergem nas discriminações de segmentos populacionais específicos (como pessoas negras, mulheres, LGBTQIA+, idosas, população em situação de rua, migrantes, entre outras), incluindo também aqueles acometidas por múltiplas deficiências, as quais a respectiva Política Antimanicomial também se direciona.

A aprovação da **CDPD** reflete a preocupação dos Estados Partes “com as difíceis situações enfrentadas por pessoas com deficiência que estão sujeitas a formas múltiplas ou agravadas de discriminação por causa de raça, cor, sexo, idioma, religião, opiniões políticas ou de outra natureza, origem nacional, étnica, nativa ou social, propriedade, nascimento, idade ou outra condição” (preâmbulo).

Isto posto, depreende-se a necessidade de demarcar aspectos para o enfrentamento dos desafios históricos apresentados nas dinâmicas de funcionamento dos sistemas envolvidos, em especial da Justiça e da Saúde. Para fomentar e promover a produção de conhecimento, envolvendo a sistematização de dados, diagnósticos, pesquisas e avaliações, parte-se da orientação de **qualifi-**

cação de instrumentos e processos analíticos que observem aspectos raciais, étnicos, geracionais, culturais, marcadores da identidade de gênero e características sociodemográficas, quanto à escolaridade, naturalidade e nacionalidade (vide item 2.1 da primeira parte do Manual).

A criação de **dispositivos de gestão** que viabilizem acesso e corresponsabilização pelos cuidados da pessoa com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial em conflito com a lei decorre da **articulação entre o Sistema de Justiça, a administração penitenciária e as políticas públicas de saúde, assistência social e direitos humanos**. Por isso, é preciso fomentar a **criação e qualificação de canais de comunicação** instantânea entre Varas Criminais e serviços da RAPS da localidade da comarca.

A promoção e o acompanhamento das **ações articuladas**, visando à desinstitucionalização e à promoção de direitos inclui **o acompanhamento, a discussão e a revisão de casos**.

Nesse sentido, a **análise de processos** requer planejamento para consideração dos incisos do art. **16 da Resolução CNJ n. 487/2023** e orientação para o aporte de subsídios sobre a singularidade do acompanhamento de cada pessoa.

A **articulação interinstitucional**, além de buscar **evitar o ingresso de pessoas em instituições de natureza asilar, – fechando a porta de entrada –, debruça-se em ações para a desinstitucionalização – na porta de saída –**, cuja prioridade deve ser delimitada considerando situações de manutenção de pessoas em condições de **ilegalidades e institucionalização**, a exemplo daquelas com **alvará de soltura expedido ou medida de segurança extinta mantidas em privação de liberdade e/ou cuja desinternação esteja sendo impedida em decorrência de ausência de documento, suporte familiar ou estratégias de moradia**.

Por fim, depreende-se que todas essas ações também têm, em seu horizonte, a necessidade de contribuir para o fortalecimento da **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)** em âmbito estadual e municipal, com o fortalecimento das Equipes do Serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa em transtorno mental e conflito com a lei (EAP), as quais serão abordadas em tópico específico.

Para lembrar!

Art. 16. No prazo de até 6 (seis) meses, contados a partir da entrada em vigor desta Resolução, a autoridade judicial competente **revisará os processos a fim de avaliar a possibilidade de extinção da medida em curso, progressão para tratamento ambulatorial em meio aberto ou transferência para estabelecimento de saúde adequado**, nos casos relativos:

I – à execução de medida de segurança que estejam sendo cumpridas em HCTPs, em instituições congêneres ou unidades prisionais;

II – a pessoas que permaneçam nesses estabelecimentos, apesar da extinção da medida ou da existência de ordem de desinternação condicional; e

III – a pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial que estejam em prisão processual ou cumprimento de pena em unidades prisionais, delegacias de polícia ou estabelecimentos congêneres.

Parágrafo único. Para fins do disposto no caput, **o Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial previsto no art. 20, VI, e as equipes conectoras ou multidisciplinares qualificadas apoiarão as ações permanentes de desinstitucionalização. (Resolução CNJ n. 487/2023, grifo nosso).**

Essas equipes conectoras têm papel fundamental no **envolvimento de outras políticas sociais**, conforme demandas apresentadas nos casos concretos. Isso deve estar refletido nos **Planos Estaduais de Desinstitucionalização**, cuja elaboração e aprimoramento também podem visar o fortalecimento de estratégias de inserção no mundo do trabalho, na educação e em programas de moradia ou residencialidade, entre outros direitos, serviços e políticas.

Para efetivar tal reparação, a **Resolução CNJ n. 487/2023** apresenta procedimentos para cada etapa do ciclo penal, que partem da prioridade do benefício à saúde a partir do reconhecimento da soberania do PTS na coordenação do cuidado. Trata-se de ações político-institucionais para a **promoção da adaptação razoável** nas esferas institucional e administrativa dos serviços judiciários e sociais de atenção às pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei, conforme previsto na CDPD.

3.2. Ciclo penal e desinstitucionalização

A Política Antimanicomial do Poder Judiciário foi estruturada com a intenção de garantir o atendimento integral em saúde para pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial em todo o ciclo penal. Esta perspectiva, que representa a implementação da CDPD e da Lei n. 10.216/2001, está abordada nos itens seguintes, que definem procedimentos a serem

considerados nos fluxos interinstitucionais e em todas as fases do processo penal e da execução das medidas de segurança.

De antemão, é oportuno ressaltar que a Política Antimanicomial do Poder Judiciário incorpora o apoio técnico das equipes multidisciplinares e conectoras, para que magistrados/as possam reavaliar a continuidade, cessação, alteração ou imposição de determinada medida judicial, em conformidade com a singularidade do caso concreto e o PTS. Por tal aspecto, a caracterização, as distinções e as estratégias para fomentar a implementação dessas equipes são tratadas com maior profundidade em tópico específico.v

i) Audiência de custódia

Durante a audiência de custódia, é preciso incorporar procedimentos para o enfrentamento da lógica que estabelece como clientela majoritária do sistema prisional as pessoas negras e pobres, com maior parcela de homens, ao tempo em que se lida com situações como a apresentação de pessoas com demandas de atenção psicossocial urgentes. Ao reconhecer que o **racismo institucional** orienta as práticas do sistema penal e de justiça criminal, pode-se partir para o enfrentamento do estado de violações sistemáticas de direitos, o que requer mudanças estruturais e a incorporação de estratégias já estabelecidas em outros atos normativos, como a Resolução CNJ n. 213/2015.

Nesse diapasão, é fundamental que as demandas aparentes ou apresentadas pela pessoa custodiada recebam a **devida atenção**, de modo que sua deficiência psicossocial ou estado de saúde naquele momento não repercuta como ausência de escuta e de direitos. Outrossim, chama-se atenção para a importância da identificação de **práticas de tortura no momento de apreensão**, para que possíveis alegações sejam acolhidas e os procedimentos cabíveis sejam adotados.

Fique atento/a!

A Política Antimanicomial do Poder Judiciário se alinha com a **Resolução CNJ n. 213/2015**, que dispõe sobre a apresentação de toda pessoa presa à autoridade judicial no prazo de 24 horas:



Art. 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. (**Resolução CNJ n. 213/2015**, grifo nosso).

A **Resolução CNJ n. 487/2023** estabelece procedimentos a serem adotados no momento da apresentação de pessoas com transtornos mentais ou deficiência psicossocial à autoridade judicial, no prazo de 24 horas, com vistas a **assegurar o direito e a atenção à saúde**. Nesse sentido, define que (art. 4º):

- A identificação dessa pessoa deve se dar com o apoio de equipe multidisciplinar qualificada, ouvidos o Ministério Público e a defesa;
- O/a magistrado/a competente deverá proceder ao encaminhamento para atendimento em caráter voluntário da pessoa para os serviços da RAPS;
- Deve ser oportunizada a manifestação de vontade sobre ter em sua companhia pessoa por ela indicada, que também poderá ser o/a técnico/a de referência do serviço público o qual já tenha vínculo.



Fique atento/a!!

Para a **substituição da prisão preventiva pela domiciliar**, a Resolução CNJ n. 487/2023 indica que “serão garantidos a **possibilidade de tratamento adequado na Raps** e o exercício de outras **atividades que reforcem a autonomia da pessoa**, como trabalho e educação”. (art. 8º, **Resolução CNJ n. 487/2023**, grifo nosso).

A análise da legalidade da prisão em flagrante deve considerar a condição de saúde mental da pessoa. Devem ser observados os **princípios da proporcionalidade e não discriminação** na identificação das seguintes circunstâncias: no uso de algemas e outros instrumentos de contenção física; em procedimentos que causaram deliberadamente dores ou lesões, e que podem configurar tortura ou maus-tratos.

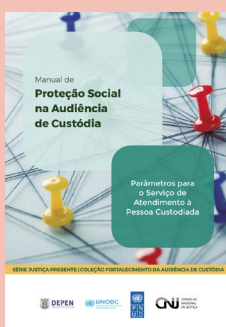
Importante equipamento a ser considerado nessa fase é o **Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada (APEC)**. Trata-se de um serviço constituído no âmbito da política de alternativas penais no Brasil e que se destina prioritariamente às pessoas presas em flagrante ou por mandado judicial apresentadas em audiência de custódia.

O serviço APEC visa oferecer suporte para um processo de tomada de decisão mais qualificado, contribuindo para a superação do encarceramento excessivo e desproporcional. O serviço disponibiliza a magistrados/as um relatório informativo prévio à audiência, apresentando as condições pessoais e sociais da pessoa que acabou de ser presa, o que contribui para que a magistratura possa tomar uma decisão amparada em evidências técnicas e mais congruentes às condições de cumprimento por cada pessoa. Todo esse processo se soma à necessidade de maior racionalização sobre

a porta de entrada do sistema prisional e a individualização das decisões. Para as pessoas com decisão de liberdade – provisória ou com medidas cautelares diversas da prisão –, ainda é possível contar com o atendimento posterior à audiência de custódia, que irá orientá-las sobre a importância do cumprimento das medidas aplicadas e encaminhá-la para a RAPS quando necessário, sempre respeitando o caráter voluntário dos encaminhamentos.

O **Manual de Proteção Social na Audiência de Custódia** dispõe sobre a escuta qualificada e a identificação de necessidades de pessoas com transtornos mentais e que usam álcool e outras drogas pelo Serviço APEC. Ao tratar da criminalização e estigmatização, bem como sobre as diretrizes e princípios das ações de cuidado, ressalta que esse Serviço **não deve elaborar diagnósticos e laudos de periculosidade ou encaminhar pessoas a hospitais psiquiátricos**. De outro modo, assinala que podem ser acionados serviços da RAPS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidade Básica de Saúde (UBS), em casos de crise ou não:

Sinais e sintomas de transtornos mentais (alucinações, desorientação tempo espacial, delírios e outros) ao serem identificados em atendimento social prévio, devem ser percebidos como uma crise em saúde mental, o que se configura como uma urgência em saúde, e, conforme diretrizes expressas na Resolução CNJ nº 213/2015, à equipe do Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada caberá sugerir ao juízo, de imediato, encaminhamento para a rede de atenção à urgência e emergência em saúde em hospitais gerais ou CAPS III, cabendo também ao juiz decidir sobre a suspensão da audiência de custódia até momento posterior à alta médica. (p. 72).



Para mais informações sobre proteção social nas Audiências de Custódia e serviços APEC, acesse o **Manual de Proteção Social na Audiência de Custódia**.

Utilize o QR code para acessar o **Manual de Proteção Social na Audiência de Custódia**



Na porta de entrada, outros aspectos da realidade da pessoa devem ser considerados, como a **não apresentação de documentos de identificação**, de modo que não configure empecilho para a atenção a ser prestada. À respeito deste quesito, apesar de incidir sobre os casos de pessoas com prisão preventiva decretada, sugere-se que o/a magistrado/a acesse a **Resolução CNJ n. 306/2019**, que estabelece **diretrizes e parâmetros para a emissão de documentação civil e para a identificação civil bio-**

métrica das pessoas privadas de liberdade. Essa normativa indica, em seu art. 3º, que “o procedimento de identificação biométrica ocorrerá, preferencialmente, na audiência de custódia, ou na primeira oportunidade em que a pessoa privada de liberdade for apresentada perante o Poder Judiciário”.

Abaixo, são elencadas outras situações em que o/a magistrado/a pode se deparar, com indicações de sugestões de procedimentos baseados na **Resolução CNJ n. 487/2023** e nas experiências levantadas nos estados que têm avançado na implementação da respectiva Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

E se a pessoa estiver em situação de rua?

A **Resolução CNJ n. 425/2021**, que institui, no âmbito do Poder Judiciário, a **Política Nacional Judicial de Atenção a Pessoas em Situação de Rua e suas interseccionalidades**, atribui a celeridade e simplificação para a garantia do amplo acesso à justiça, que contribuam para a “superação das barreiras decorrentes das múltiplas vulnerabilidades econômica e social, bem como da sua situação de precariedade e/ou ausência habitacional” (art. 1º, I). Dentre os princípios, indica, em seu art. 3º: a “II – **não-criminalização das pessoas em situação de rua**; e a IX – atuação voltada à redução de riscos e danos físicos e sociais, com **vedação das práticas repressivas e de diagnóstico, prescrição, indicação ou determinação forçada de tratamentos terapêuticos, manicomiais ou religiosos para pessoas em situação de rua ou que façam uso abusivo de álcool e outras drogas**”. (Resolução CNJ n. 425/2021, grifo nosso).

Já em seu art. 10, a **Resolução CNJ n. 425/2021** estabelece que, quando identificado em processo judicial, pessoas em situação de rua (incluídos/as adolescentes) que fazem uso problemático de álcool e outras drogas ou que apresentem outras questões de saúde mental deverão ser encaminhados à RAPS pelo/a magistrado/a, conforme Leis n. 10.216/01 e n. 8.069/1990. Essa normativa também assegura o direito ao exercício da capacidade legal, em igualdade de condições com as demais pessoas, não condicionando a concessão de benefícios previdenciários ou assistenciais à imposição de curatela, conforme atestam a Lei Orgânica da Assistência Social e a LBI.

No art. 22, estabelece: “Para os fins de atendimento ao caráter de proteção social das penas e medidas penais, os tribunais poderão estabelecer estratégias, ações e políticas com a rede de articulação local de referência para acolhimento e atendimento às pessoas em situação de rua. § 1º **A adesão aos serviços da rede de proteção social terá caráter voluntário**”. (Resolução CNJ n. 425/2021, grifo nosso). E por fim, destaca-se outra importante passagem da mencionada Resolução: “eventual **inexistência de um endereço fixo ou de referência** não deve ser utilizada como fundamento para a privação da liberdade da pessoa”. (art. 8º, VIII, **Resolução CNJ n. 425/2021**, grifo nosso).

No âmbito da audiência de custódia, o encaminhamento das pessoas em situação de rua para atendimento voluntário pela rede de proteção social poderá ser intermediado e referenciado pelo serviço APEC.

E se for identificado que a pessoa está em situação de crise em saúde mental?

No caso de identificação de situação de **crise em saúde mental na audiência de custódia**, ou ainda quando se tratar de aparente uso de álcool e outras drogas, serão consideradas possibilidades de apoio de equipes qualificadas para o manejo da crise (art. 5º):

*Imediato acionamento de equipe de saúde da **RAPS** para a tomada de medidas emergenciais e referenciamento do/a paciente ao serviço de saúde. Essa ação poderá incluir “ações de escuta, compreensão da condição pessoal, produção imediata de consensos possíveis, mediação entre a pessoa e as demais presentes no ambiente e a restauração do diálogo, bem como, o quanto antes, a identificação dos fatores que possivelmente desencadearam a crise” (§ 1º, art. 5º da **Resolução CNJ n. 487/2023**);*

*Em um segundo momento, no caso de terem sido esgotadas as tentativas anteriores, o/a magistrado/a competente poderá acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou outros serviços da RAPS para garantia do atendimento em saúde, e proceder com o **registro da não realização da audiência de custódia** (§ 2º, art. 5º da **Resolução CNJ n. 487/2023**).*

O **fomento à criação ou alocação de equipes multiprofissionais, inclusive do serviço APEC, ou conectoras**, para atuação nesse contexto, compõe o quadro de ações dos GTs, Programas e CEIM-PAs, sendo cruciais para que o/a magistrado/a encontre o suporte e os subsídios necessários para a tomada de decisão segura e para que, ao refletir o processo de articulação interinstitucional e de trabalho de cada área profissional envolvida, represente o compartilhamento de responsabilidades próprio do campo da saúde mental.

Enquanto esse apoio não estiver disponível, o/a magistrado/a pode incidir com consulta ou em parceria com GT, Programa ou CEIMPA. Para isso, rememora-se que, em suas ações, essas instâncias colegiadas estaduais podem **contribuir para que a comunicação com serviços de saúde, socioassistenciais e de direitos humanos** seja possível (a exemplo da criação de painel ou mapa georreferenciado com dados de serviços de saúde e socioassistenciais e de Comarcas de Justiça, como endereço, regional de localização e contato, ou através das planilhas de ações e serviços em funcionamento das redes SUS e SUAS, sugeridas ao final desse Modelo Orientador). Além disso, é possível o estabelecimento de Termo de Cooperação com o fito de firmar esses fluxos de acionamento, referência e contrarreferência entre o Judiciário e a Saúde, por exemplo.

No bojo da implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, depreende-se que as **ações a serem tomadas na porta de entrada, além de serem céleres, de caráter emergencial e de contenção da situação de crise, associadas à atenção psicossocial**, também devem refletir o en-

frentamento da instauração de processos segregadores que possam contribuir com o agravamento da condição de saúde da pessoa, que não permitam o exercício da autonomia e a participação no processo de cuidado. Por isso, são vedadas quaisquer formas de privação de liberdade em instituições asilares, seja em estruturas prisionais ou manicomiais, incluídas as chamadas comunidades terapêuticas (CTs). A ideia é que haja a **corresponsabilização na passagem do cuidado de saúde para os serviços adequados**, ou seja, de saúde, tanto para a avaliação do quadro quanto para seu acompanhamento com vistas à reabilitação psicossocial e concomitante acionamento de outras políticas para acesso a direitos socioassistenciais, de habitação, trabalho, entre outros.

Trata-se de orientação que prima pela **prevenção** a decisões que repercutem em novas institucionalizações e violações de direitos e que contribuem para a manutenção da lógica manicomial, sem o devido respaldo técnico e assistencial do campo da saúde, posto que atreladas a dinâmicas que afetam a garantia desse direito, como superlotação, isolamento, submissão a trabalho forçado e à conversão religiosa, ausência de transparência e de acesso à informação. Ao dispor sobre a reconstrução de laços e de referências familiares e comunitárias, a **Resolução CNJ n. 487/2023** também visa a **socialização da pessoa e o cuidado pelos meios menos invasivos possíveis**, aspectos que se estendem às pessoas com transtorno mental relacionado ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

Vale a pena conhecer!



A experiência do **Programa Corra Pro Abraço** inclui o acompanhamento e atendimento de pessoas e famílias na Vara de Audiências de Custódia do Tribunal de Justiça da Bahia. Trata-se de iniciativa do Governo do Estado da Bahia, por meio da Superintendência de Política sobre Drogas e Acolhimento a Grupos Vulneráveis da Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social, que objetiva promover cidadania e garantir direitos de pessoas que fazem uso abusivo de drogas em contextos de vulnerabilidade, ou afetadas por problemas relacionados à criminalização das drogas.

A **Resolução CNJ n. 487/2023** indica em seu art. 5º, § 2º, que constará no termo do **registro da não realização da audiência de custódia**:

I – a determinação para elaboração de relatório médico acompanhado, se for o caso, de informes dos demais profissionais de saúde do estabelecimento ao qual a pessoa presa em flagrante for encaminhada, a fim de documentar eventuais indícios de tortura ou maus-tratos, a ser remetido ao juízo em 24 (vinte e quatro) horas;



II – a requisição imediata de informações às secretarias municipal ou estadual de saúde sobre a atual condição da pessoa e indicação de acompanhamento em saúde mais adequado, que poderá compor o PTS, com descrição de eventual tratamento que esteja em curso, a serem prestadas em 48 (quarenta e oito) horas, com a finalidade de subsidiar a tomada de decisão judicial. (**Resolução CNJ n. 487/2023**).



Diante da necessidade de encaminhamento para atendimento de urgência em saúde, com a consequente suspensão da audiência de custódia, considerando os prazos variáveis para o restabelecimento e alta da pessoa custodiada, sugere-se efetivar a análise da legalidade do flagrante antecipadamente à assentada e oitiva dessa pessoa, tendo em vista a possibilidade de constatação imediata de ilegalidade e de relaxamento do flagrante, bem como a adoção de outras medidas jurídicas para sanar a ilegalidade. Neste caso, os relatórios e informes dos profissionais de saúde do estabelecimento ao qual a pessoa for encaminhada, previstos no art. 5º, § 2º, I, são de fundamental importância para a avaliação quanto a possíveis situações de tortura ou maus-tratos e a adoção de providências. Do mesmo modo, a requisição e o compartilhamento de informações por parte das secretarias municipal ou estadual de saúde sobre a atual condição da pessoa, com a indicação do acompanhamento em saúde mais adequado, inclusive em consonância com o PTS, também é imprescindível para a tomada de decisão e a análise quanto à necessidade e adequação da aplicação de medidas cautelares.

Portanto, a realização da audiência de custódia não deve desconsiderar as condições de saúde da pessoa, de modo que o seu restabelecimento implica em uma nova apresentação, devendo o/a magistrado/a providenciar os meios para garantir o rito.

Avaliação da necessidade e adequação de medida cautelar

As condições de saúde da pessoa apresentada na audiência de custódia também devem ser consideradas pela autoridade judicial na avaliação da necessidade e adequação de eventual medida cautelar. Neste quesito, a **Resolução CNJ n. 487/2023** orienta quais procedimentos não devem ser impostos, para que seja garantido o direito à saúde e priorizem-se medidas que impactem o mínimo possível o exercício deste direito.

Quando não for possível o relaxamento da prisão, devem ser evitadas medidas que dificultem o acesso ou a continuidade do melhor tratamento disponível para aquela pessoa, bem como exigências que se mostrem incompatíveis ou de difícil cumprimento diante da realidade da pessoa.

Ainda, ao se preocupar com o acompanhamento da pessoa nas Redes de Saúde, a Política Antimanicomial do Poder Judiciário determina que não sejam determinadas medidas concomitantes e incompatíveis com este acompanhamento contínuo. Neste mesmo entendimento, indica a prioridade na adoção de medidas distintas do monitoramento eletrônico para este público, com a garantia de que não impliquem em consequências sobre o cuidado em saúde mental em liberdade.

Para lembrar!

A **Resolução CNJ n. 412/2021**, que estabelece diretrizes e procedimentos para a aplicação e o acompanhamento da medida de **monitoramento eletrônico** de pessoas, informa que (grifos nossos):

Art. 8º, Parágrafo único. Será priorizada a adoção de medidas distintas do monitoramento eletrônico, em conjunto com o encaminhamento voluntário à rede de proteção social, nos casos em que: [...]

II – as condições da pessoa investigada, ré ou condenada tornarem excepcionalmente gravosa a medida, devido a dificuldades de locomoção, condições físicas ou necessidade de prestação de cuidados a terceiros, tais como: [...]

b) quando se tratar de **pessoas com deficiência**;

c) quando se tratar de pessoas com doença grave; e [...]

III – as circunstâncias da pessoa investigada, ré ou condenada prejudiquem o cumprimento da medida, em razão de questões culturais, dificuldade de compreensão sobre o funcionamento do equipamento ou sobre as condições eventualmente impostas, tais como:

a) **condição de saúde mental**;

b) **uso abusivo de álcool ou outras drogas**; e

c) quando se tratar de pessoas indígenas ou integrantes de comunidades tradicionais.



Saiba mais!

O CNJ publicou o **Manual sobre Tomada de Decisão na Audiência de Custódia – Parâmetros para Crimes e Perfis e Específicos**, que orienta o processo decisório em audiências de custódia com base na Resolução CNJ n. 213/2015, nos casos que envolvem pessoas em situação de rua e em situação de extrema vulnerabilidade, pessoas com doenças graves e outras questões de saúde e pessoas com transtornos associados ao uso de drogas, entre outros.

Acesse o documento para saber mais das ações na porta de entrada do sistema de justiça criminal.



ii) No curso de prisão preventiva ou outra medida cautelar

Os arts. 9º e 10 implicam atividade jurisdicional quando há necessidade de tratamento em saúde mental de pessoa submetida a prisão preventiva ou a outra medida cautelar. Também nestas circunstâncias, sua atuação deve orientar-se pela **primazia da garantia do direito à saúde**, no sentido de iniciar ou dar prosseguimento ao tratamento nos serviços territoriais da RAPS e na rede de proteção social do território.

A necessidade e adequação da medida imposta judicialmente poderá ser reavaliada, seja prisão processual (ouvidos a equipe multidisciplinar, o Ministério Público e a defesa) ou medida cautelar. Para que a reavaliação esteja alinhada à prioridade da garantia do direito à saúde, o/a magistrado/a deve contar com o apoio das mencionadas equipes multidisciplinares e conectoras, para que atuem na interlocução entre os serviços e equipamentos a serem acionados no caso concreto e na apresentação dos subsídios levantados com o acompanhamento da respectiva pessoa.

Nesse mesmo sentido, quando da necessidade de análise sobre a imputabilidade, poderão ser acionados serviços da RAPS e demais equipamentos a que a pessoa já esteja vinculada, para prestarem informações sobre o atendimento e tratamento dispensados. Neste quesito, todos/as os/as profissionais envolvidos/as se submetem não só às codificações de ética de suas áreas profissionais, mas também ao sigilo sobre as informações pessoais e de saúde, incluídos dados de natureza médica.



Atenção!

Art. 10. Parágrafo único. Considerando que o **incidente de insanidade mental** que subsidiará a autoridade judicial na decisão sobre a culpabilidade ou não do réu é **prova pericial constituída em favor da defesa, não é possível determiná-la compulsoriamente em caso de oposição desta.** (Resolução CNJ n. 487/2023).⁷

iii) Medida de segurança

A modalidade de medida de segurança determinada na sentença criminal deve corresponder à necessidade de tratamento de saúde da pessoa acusada. Para proceder com essa determinação, a autoridade judicial poderá apoiar sua argumentação e decisão em avaliações biopsicossociais, pareceres, relatórios e outras produções técnicas de profissionais de saúde competentes para tal fim, de equipes multiprofissionais e conectoras, incluídas as EAPs e aquelas dos serviços e equipamentos da RAPS, e considerados documentos produzidos na fase instrutória do processo penal e nos cuidados prestados anteriormente, em meio aberto, quando for o caso.

Abaixo, são abordados procedimentos para que este suporte técnico seja mantido, nas distintas modalidades de medida de segurança.

Atenção!

Art. 12. § 5º A autoridade judicial avaliará a possibilidade de **extinção da medida de segurança, no mínimo, anualmente, ou a qualquer tempo**, quando requerido pela defesa ou indicada pela equipe de saúde que acompanha o paciente, não estando condicionada ao término do tratamento em saúde mental. (Resolução CNJ n. 487/2023, grifo nosso).

a. Medida de segurança de tratamento ambulatorial

Para adequação à legislação que redireciona o modelo assistencial em saúde mental no país, a espécie de medida de segurança de tratamento ambulatorial deve ser priorizada, em detrimento da internação e da privação de liberdade (art. 12 da **Resolução CNJ n. 487/2023**). Isso significa que, para determinar medida de cuidado em saúde mental ambulatorial, a autoridade judicial precisará:

- Estabelecer **fluxos** com a RAPS e com a Rede Socioassistencial por meio de articulação intersetorial, para referenciar seus equipamentos e serviços;

⁷ Trata-se de orientação que reflete decisão no HC n. 133.078/RJ que tramitou no STF, cuja relatora foi a Ministra Cármen Lúcia.

- Contar com o apoio de equipe multidisciplinar do juízo.

Como dito, é fundamental que GTs, Programas e CEIMPAs possam fomentar e apoiar a ampliação e qualificação da RAPS nos estados. Para isso, salienta-se a importância da criação de ações em educação permanente junto a profissionais da justiça, saúde, assistência social, administração penitenciária e segurança pública.

A atuação em rede deverá primar pelo tratamento em saúde condizente com o PTS do caso concreto, sendo que a comprovação desse tratamento não deverá recair sobre a própria pessoa com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial.

E se for identificado que a pessoa interrompeu o tratamento?

O acompanhamento da pessoa com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei deve refletir os subsídios aportados pelas equipes psicossociais de referência ao respectivo processo judicial. É fundamental que a realidade da pessoa seja levada em conta neste acompanhamento, incluídas as condições de acesso ao serviço, o próprio território, e a vinculação e adesão ao tratamento.

Assim como outros tratamentos em saúde, parte-se da compreensão de que **eventuais interrupções no curso do tratamento em saúde mental compõem o próprio quadro de saúde mental da pessoa**. Por tal premissa, a articulação intersetorial deve primar pela garantia do acesso à saúde e do tratamento ambulatorial, restando vedada a adoção de medidas de caráter punitivo.

Atenção para alguns dispositivos da Resolução CNJ n. 487/2023!



Art. 12. § 3º A ausência de **suporte familiar** não deve ser entendida como condição para a imposição, manutenção ou cessação do tratamento ambulatorial ou, ainda, para a desinternação condicional.

§ 4º Eventual prescrição de outros recursos terapêuticos a serem adotados por equipe de saúde por necessidade da pessoa e enquanto parte de seu PTS, incluindo a internação, **não deve ter caráter punitivo**, tampouco deve ensejar a conversão da medida de tratamento ambulatorial em medida de internação. (**Resolução CNJ n. 487/2023**, grifos nossos).

b. Medida de segurança de internação

A **internação**, como medida de segurança **excepcional**, deve se dar em consonância com os protocolos de atenção às urgências do SUS. Trata-se de **adequação do processo penal e da execução**

da medida de segurança ao art. 4º da Lei n. 10.216/2001, que apenas admite a indicação de internação, em qualquer de suas modalidades, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes – incluídas, portanto, medida de segurança de internação e internação provisória.

A indisponibilidade de vagas em **Serviço Residencial Terapêutico (SRT)**, a desarticulação das redes ou a ruptura de vínculos familiares não podem justificar a privação de liberdade em instituições asilares como HCTPs, hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. A pessoa titular do direito não pode ser responsabilizada por obrigações do Estado não executadas.

Ao refletir as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, a **Resolução CNJ n. 487/2023** estabelece:

Art. 13. § 1º A internação, nas hipóteses referidas no caput, será cumprida em leito de saúde mental em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde referenciado pelo Caps da Raps, **cabendo ao Poder Judiciário atuar para que nenhuma pessoa com transtorno mental seja colocada ou mantida em unidade prisional, ainda que em enfermaria, ou seja submetida à internação em instituições com características asilares, como os HCTPs ou equipamentos congêneres**, assim entendidas aquelas sem condições de proporcionar assistência integral à saúde da pessoa ou de possibilitar o exercício dos direitos previstos no art. 2º da Lei n. 10.216/2001. (grifo nosso).

Tal disposição reflete, como dito, o que estabelece a **Lei n. 10.216/2001** que, além da excepcionalidade da internação, traz o que segue:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º **O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.**

§ 2º O tratamento em **regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer**, e outros.

§ 3º É **vedada a internação** de pacientes portadores de transtornos mentais **em instituições com características asilares**, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave **dependência institucional**, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, **será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento**, quando necessário. (Lei n. 10.216/2001, grifo nosso).

A imposição de privação de liberdade momentânea deve se coadunar com as necessidades de cuidado em saúde mental apresentadas no caso concreto, para que seja restabelecida a condição de saúde da pessoa. Ela se configura como recurso terapêutico condizente com o PTS, necessariamente prescrito pela equipe de saúde que acompanha a pessoa nos serviços da RAPS, e deverá primar pela manutenção dos vínculos sociais e afetivos através da criação de oportunidades para reencontro com familiares, seu círculo socioafetivo e comunitário, e para atividades em meio aberto que mantenham, inclusive, inserção sociolaboral.

Do mesmo modo, a cessação desta medida deve se dar a critério da equipe de saúde multidisciplinar de referência, quando não mais se configurar enquanto recurso terapêutico necessário, prescrito no PTS. A interlocução entre a autoridade judicial competente e as equipes de saúde multidisciplinares, conectoras e do estabelecimento de saúde deve ser contínua, para que sejam produzidas avaliações biopsicossociais a cada 30 (trinta) dias (§ 3º do art. 13 da **Resolução CNJ n. 487/2023**), visando à retomada do cuidado psicossocial na RAPS ou a sua extinção, quando não mais se configurar como medida necessária, bem como para que seja comunicada a alta hospitalar.

iv) No curso da execução da pena

Assim, como visto, quando há necessidade de tratamento em saúde mental no curso de prisão preventiva, a atuação jurisdicional **também deve primar pela garantia do direito à saúde quando se tratar de pessoa cumprindo pena**, a partir do encaminhamento para os serviços da RAPS e da rede de proteção social, para início ou continuidade de tratamento.

Na situação em que uma **pessoa figura no polo passivo em mais de um processo criminal**, com sentença judicial que decide pela absolvição imprópria e submissão à medida de segurança e pelo menos outro processo em que foi condenada à pena, também se deve considerar a prioridade da atenção à saúde. Para isso, devem-se adotar medidas que a **identifiquem e viabilizem o seu acesso ao tratamento em saúde condizente com suas necessidades nos equipamentos, serviços e programas socioassistenciais do território ao qual retornará**. A depender da análise do caso concreto e da situação de saúde da pessoa, poderá também o juízo responsável avaliar a necessidade de substituição da pena e unificação em medida de segurança ou a própria extinção da medida de segurança.

A **Resolução CNJ n. 487/2023** indica, no art. 13, § 1º, que cabe ao Poder Judiciário “**atuar para que nenhuma pessoa com transtorno mental seja colocada ou mantida em unidade prisional**, ainda que em enfermaria” (grifo nosso). A necessidade e adequação da privação de liberdade deverá ser avaliada, podendo o/a magistrado/a contar com o apoio de equipes multidisciplinares e conectoras, além das equipes de saúde das unidades prisionais. Também nestas situações de pessoas privadas de liberdade em unidades prisionais, essas equipes poderão aportar subsídios aos processos, conforme acompanhamento de cada caso concreto.

Saiba mais sobre a PNAISP!

A **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)**, instituída por meio da **Portaria Interministerial n. 1, de 2 de janeiro de 2014**, deve oferecer “ações de promoção da saúde e prevenção de agravos no sistema prisional, em todo o itinerário carcerário para toda a população privada de liberdade, e também para os profissionais destes serviços penais, familiares e outras pessoas relacionadas ao sistema, como voluntários”. (BRASIL, 2014, p.7). Para saber mais sobre essa Política e fortalecê-la, acesse o site do Ministério da Saúde.

v) Desinstitucionalização e prazos

Na Seção acerca da desinstitucionalização, a **Resolução CNJ n. 487/2023** estabelece prazos para procedimentos fundamentais relativos ao **fechamento paulatino dos HCTPs e estabelecimentos congêneres, conforme apresentado a seguir**. Indica-se que todas essas ações tenham **caráter permanente**, para que possam alcançar a totalidade da população custodiada e efetivamente culminar na **interdição das instituições** e na **incorporação de fluxos interinstitucionais** na dinâmica de funcionamento das entidades envolvidas.

Revisão de processos

Em distintos estados, é prática adotada por autoridades judiciárias a revisão de processos para **avaliação da possibilidade de extinção da medida de segurança, progressão para modalidade de tratamento ambulatorial ou transferência da pessoa para estabelecimento de saúde não asilar**, como medida prescrita no PTS, ou ainda para solicitar realização de reavaliação da pessoa pela equipe de saúde.

Com a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, se intensificam as ações em torno de processos de desinstitucionalização, o que implica a mobilização de esforços que devem alcançar toda

a população com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei. Por não se tratar de um evento isolado e de uma única pessoa, requer que o/a magistrado/a observe as distintas circunstâncias processuais e de segregação:

- a) pessoas submetidas à medida de segurança de internação em HCTP, instituições congêneres ou unidades prisionais;
- b) pessoas com medida de segurança extinta e com ordem de desinternação condicional e alvará de soltura expedido; e
- c) pessoas submetidas a prisão processual ou cumprimento de pena em unidades prisionais, delegacias de polícia ou estabelecimentos congêneres.

No momento de saída da unidade prisional e dos HCTPs, as ações para desinstitucionalização também vão requerer a atuação junto às equipes multiprofissionais e conectoras, como EAP. Outro equipamento que pode contribuir com esse momento de saída dos HCTPs e unidades prisionais é o **Escritório Social**, responsável pelas ações de atenção às pessoas egressas do sistema prisional, através da articulação entre os Poderes Judiciário e Executivo.

A **Resolução CNJ n. 307/2019** institui a **Política de Atenção a Pessoas Egressas do Sistema Prisional no âmbito do Poder Judiciário** e define procedimentos, diretrizes, modelo institucional e metodologia de trabalho. Ela estabelece, entre seus princípios (art. 4º):

I – a **singularização do atendimento** facilitar o acesso a serviços públicos de assistência, saúde, educação, renda, trabalho, habitação, lazer e cultura;

[...]

VI – o acolhimento e acompanhamento das pessoas egressas por **equipes multidisciplinares**, responsáveis pela articulação das redes de políticas sociais, estando integrado a redes amplas de atendimento, assistência social e saúde.” (grifos nossos).

Para saber mais!

A experiência da **Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (DPE/RJ)** com a construção do **Exame Multiprofissional e Pericial de Avaliação Psicossocial (EMPAP)** reflete a possibilidade de avaliação multiprofissional no contexto da porta de saída dos HCTPs, em substituição ao Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade (OLIVEIRA, 2021).



Determinação judicial para elaboração de PTS

A elaboração de PTS das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei é prática adotada em alguns estados como parte do processo de trabalho de instâncias executivas da saúde. O PTS, que se configura como o **conjunto de propostas de condutas de natureza terapêutica**, reflete a **singularidade do caso através do acompanhamento prestado**, sendo crucial para a **desinstitucionalização e a alta planejada**, quando for o caso, e a **reabilitação psicossocial** em meio aberto.

As medidas previstas no PTS, a serem apresentadas judicialmente, em processos ou audiências, permitem que todos os atores e atrizes envolvidos fiquem cientes das propostas gerais de acompanhamento de cada caso. Como efetiva ação de desinstitucionalização, é fundamental que alcance todas as pessoas submetidas à medida de segurança que ainda estiverem internadas em HCTP, em instituições congêneres ou em unidades prisionais.

Ademais, a respeito das pessoas segregadas há longos períodos, dispõe a Lei n. 10.216/2001:

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de **alta planejada e reabilitação psicossocial assistida**, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Interdição parcial e total de Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

Incongruente a manutenção de hospitais ou alas de custódia e tratamento psiquiátrico quando a **Lei n. 10.216/2001** veda, há mais de duas décadas, a internação em instituições com característica asilar. Oportuno informar, ainda, que a **Resolução CNPCP n. 04/2010** indica, em seu art. 6º, que “O Poder Executivo, em parceria com o Poder Judiciário, irá **implantar e concluir, no prazo de 10 anos, a substituição do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança para o modelo antimanicomial**, valendo-se do programa específico de atenção ao paciente judiciário.” (grifo nosso).

A **vedação parcial** corresponde, portanto, ao fechamento da porta de entrada dessas instituições — HCTP e estabelecimentos congêneres —, devendo, na **interdição total**, as ações de desinstitucionalização terem alcançado toda a população que já fora custodiada nesses espaços, podendo, assim, ser viável o seu fechamento. Isto significa dizer que, em **maio de 2024, deverá cada estado brasileiro ter elaborado o PTS de toda a população custodiada no HCTP e congêneres, e procedido com a interdição total desse tipo de instituição.**

Atenção aos prazos!



- **Revisão de processos – Data final: 28/11/2023** (seis meses contados a partir da entrada em vigor da Resolução – art. 16);
- **Determinação de elaboração de PTS – Data final: 28/05/2024** (doze meses contados a partir da entrada em vigor da Resolução – art. 17) – para todas as pessoas em medida de segurança que ainda estiverem internadas em HCTP, em instituições congêneres ou unidades prisionais;
- **Interdição parcial – Data final: 28/11/2023** (seis meses contados a partir da entrada em vigor da Resolução⁸) – para todos os estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, com proibição de novas internações em suas dependências;
- **Interdição total – Data final: 28/05/2024** (doze meses contados a partir da entrada em vigor da Resolução – art. 18) – para o fechamento de todos os estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil.

Consideram-se as seguintes datas:

Publicação da Resolução: 27/02/2023 (DJe/CNJ n. 36/2023, de 27 de fevereiro de 2023, p. 2-8);

Entrada em vigor da Resolução: 28/05/2023 (noventa dias após publicação da Resolução – art. 24).

Reitera-se, por fim, a recomendação de que estes **procedimentos sejam apoiados pelas equipes conectoras e multidisciplinares**, as quais serão tratadas no tópico seguinte, além do acompanhamento pelo **CEIMPA**.

3.3. CEIMPA e ações de monitoramento

Os **Comitês Estaduais Interinstitucionais de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário (CEIMPAs)** são as **instâncias asseveradas pela Resolução CNJ n. 487/2023 para apoiar as ações permanentes de desinstitucionalização** junto às equipes conectoras ou multidisciplinares, e para pôr em curso o **monitoramento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário**.

⁸ Apesar de a Resolução CNJ n. 487/2023, no art. 18, consignar o prazo de 6 (seis) meses contados da publicação do referido ato normativo para a determinação de interdição parcial de estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, adota-se interpretação que considera a data da entrada em vigor da Resolução (art. 24).

Recorda-se que há estados que já implantaram Programas de Atenção Integral que executam as ações previstas na respectiva normativa, no todo ou em parte, de modo que cabe à rede estadual a avaliação das adequações pertinentes à sua realidade para o devido monitoramento da Política.

Além do correto e permanente preenchimento de sistemas informatizados, por meio da coleta periódica baseada em indicadores de monitoramento do CNJ, via processo do Acompanhamento de Cumprimento de Decisão (CUMPRDEC), resguardadas as informações sensíveis e pessoais, de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), os CEIMPAs devem incorporar atribuições para **averiguar o cumprimento dos indicadores da implementação da Política Antimanicomial no processo penal e na execução das medidas de segurança no território**, com vistas a **evitar a criação de novos ECTPs**. Nesse sentido, é fundamental a incorporação de **ações de monitoramento periódicas**, que tenham em seu horizonte o interesse exclusivo do tratamento em benefício da saúde das pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei, **desde a porta de entrada do Sistema de Justiça Criminal até a desinstitucionalização**.

A partir da instituição de CEIMPAs ou Programa de Atenção Integral para execução e monitoramento da Política Antimanicomial, se têm os indicadores abaixo estabelecidos conforme a **Resolução CNJ n. 487/2023**. Salienta-se que cada realidade estadual pode repercutir na alteração da sequência, no acréscimo ou na qualificação de tais indicadores, restando primordial que possam alcançar a totalidade da população em questão.

- ✓ **Existência de Plano de Educação Permanente em Políticas Penais e Judiciárias, Saúde Mental e Assistência Social para orientação acerca da Política Antimanicomial do Poder Judiciário;**
- ✓ **Realização de diagnósticos estaduais e pesquisas sobre a população com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei, incluídos percentuais que averiguem a adoção da medida de segurança de tratamento ambulatorial no total de casos;**
- ✓ **Articulação com programas e serviços das redes de atenção à saúde e socioassistenciais, em especial com a RAPS;**
- ✓ **Existência de Plano Estadual e Distrital de Implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, em consonância com o Plano Nacional correspondente;**
- ✓ **Elaboração de fluxos para a atenção integral às pessoas com transtorno mental submetidas a procedimento criminal, em local adequado à atenção em saúde;**
- ✓ **Execução de fluxos para a atenção integral às pessoas com transtorno mental submetidas a procedimento criminal, em local adequado à atenção em saúde;**
- ✓ **Abrangência dos fluxos no caso de pessoas com transtorno mental relacionado ao uso abusivo de álcool e outras drogas;**

- ✓ **Atuação de equipe multidisciplinar em apoio a magistrados/as e na perspectiva da desinstitucionalização;**
- ✓ **Fomento e articulação com EAP;**
- ✓ **Elaboração de PTS para todas as pessoas em medida de segurança que ainda estiverem internadas em HCTP, em instituições congêneres ou unidades prisionais;**
- ✓ **Realização de revisão periódica de casos a fim de avaliar a possibilidade de extinção da medida em curso, progressão para tratamento ambulatorial em meio aberto ou transferência para estabelecimento de saúde adequado;**
- ✓ **Realização de inspeções ou averiguação in loco, quando for caso;**
- ✓ **Interdição parcial de HCTP ou Ala de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em unidade prisional;**
- ✓ **Interdição total de HCTP ou Ala de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em unidade prisional.**

3.4. Subsídios para o monitoramento da atenção psicossocial prestada dentro de unidades prisionais

De acordo com a Folha de Informação (*Information Sheet*) da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁹, os grandes complicadores constatados no sistema prisional quanto à demanda de atenção à saúde mental se relacionam com o **impacto negativo do aprisionamento**, diante das condições das unidades prisionais, usadas como “depósitos” para segmentos populacionais indesejáveis. Nesses ambientes, as pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial são expostas às mais variadas violências, conseqüentes da estigmatização e discriminação.

Na publicação *Prisons and Health*, a OMS indica os estudos que atestam que a prevalência de demandas de saúde mental é maior entre pessoas privadas de liberdade do que na comunidade em geral. Também informa que sobre elas incidem outras vulnerabilidades, como questões ligadas à aprendizagem, traumas e falta de acesso à moradia, educação e emprego, de modo que os cuidados em saúde mental voltados a esse público precisam abordar todas as suas necessidades sociais – para melhoria de sua qualidade de vida –, devem ser de natureza psicossocial e não se restringir ao fornecimento de medicações ou ao acompanhamento psicológico.



9 Livre tradução, a partir do texto disponível em: https://static.prisonpolicy.org/scans/mh_in_prison.pdf.

Ressalta-se a necessidade de consideração do **racismo** que compõe as instituições dos Sistemas Penal e de Justiça Criminal brasileiros, de modo que funcionam como meio para a sua reprodução através da ação, omissão ou condescendência de profissionais. Disso, depreende-se a necessidade de observância dos danos produzidos na vida e subjetividade de pessoas negras, população majoritária no sistema carcerário brasileiro, de modo que as ações de desinternação visem a desinstitucionalização e possam repercutir em reparações efetivas, de ordem material e na saúde física e psíquica desse público.

Para isso, convoca-se tais instituições a reverem e qualificarem seus procedimentos, para enfrentar as opressões que produzem iniquidades no acesso às políticas públicas e na garantia de direitos. A esse respeito, resgata-se a Lei n. 12.228/2010, que institui o **Estatuto da Igualdade Racial**, “destinado a garantir à população negra a efetivação da igualdade de oportunidades, a defesa dos direitos étnicos individuais, coletivos e difusos e o combate à discriminação e às demais formas de intolerância étnica”, e que tem o direito à saúde como o primeiro do rol de direitos fundamentais disciplinados.

Nas duas publicações acima indicadas, **a OMS sugere algumas linhas responsivas** que podem ser consideradas frente à realidade brasileira, que devem primar pela **atenção à singularidade das pessoas privadas de liberdade**, além de garantir a **disponibilidade de apoio psicossocial** e a **prescrição racional de medicamentos psicotrópicos, por meio de:**

- **questionamento sobre suas necessidades**, inclusive com triagem na porta de entrada, de modo que sejam consideradas na política e nos planos nacionais de saúde mental;
- **capacitação das equipes técnicas** sobre a temática;
- ações para **manutenção de vínculos sociais e afetivos** da pessoa, incluídas medidas para garantir o **acesso à informação à pessoa e familiares**;
- atenção para a **continuidade dos cuidados prestados antes da privação de liberdade**;
- **encaminhamento das pessoas com transtornos mentais para o sistema de saúde mental**, entre outras medidas.

A efetivação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário requer o monitoramento das condições de aprisionamento nos **HCTPs**, visando sua **interdição total**, e também das **unidades prisionais**, em consonância com a metodologia de inspeções do CNJ. Além de serem identificadas Alas de Custódia e Tratamento Psiquiátrico nas estruturas prisionais comuns, ou espaços congêneres que custodiam pessoas com necessidades de cuidado no campo da saúde mental, **a produção de sofrimento decorrente da segregação repercute numa demanda generalizada por atendimentos psicossociais e medicamentos psicotrópicos.**

A **Resolução CNJ n. 487/2023** assinala, em seu art. 20, que os GMFs poderão:

I – realizar **inspeções judiciais**, de modo conjunto com as autoridades judiciais da execução penal, nos estabelecimentos em que estejam internadas pessoas em cumprimento de medida de segurança, bem como aquelas internadas provisoriamente, podendo, para tanto, articular-se com as secretarias de saúde, conselhos profissionais com atuação na área da saúde, como os Conselhos Regional ou Federal de Serviço Social e de Psicologia, e instâncias paritárias e organizações da sociedade civil, para verificar as condições dos referidos espaços à luz da Lei n. 10.216/2001;

II – mobilizar a Raps, juntamente com a EAP, visando a **integração entre as práticas inerentes à justiça criminal e à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)** e o direcionamento de formas de atenção segundo as premissas consignadas nesta norma e nos moldes previstos no art. 4º, § 4º da Portaria n. 94/GM/MS, de 14 de janeiro de 2014;

III – fomentar a atuação do Poder Judiciário de modo articulado com a EAP e demais equipes conectoras para a **identificação de pessoas** com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial em unidades de custódia potencialmente destinatários de medidas terapêuticas;

IV – fomentar a instituição e o fortalecimento da **PNAISP e da EAP** junto às Secretarias Estadual e Municipais de Saúde (grifos nossos).

O monitoramento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário deve considerar as diretrizes mais atualizadas da **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)**. O próximo tópico destina-se a apresentar estratégias para fomentar a implementação de equipes multiprofissionais e conectoras, além de diretrizes para a potencialização de sua atuação.



**IMPLEMENTAÇÃO DE
EQUIPES CONECTORAS
ENTRE SISTEMAS DE SAÚDE,
ASSISTÊNCIA SOCIAL E
JUSTIÇA CRIMINAL**

4

IMPLEMENTAÇÃO DE EQUIPES CONECTORAS ENTRE SISTEMAS DE SAÚDE, ASSISTÊNCIA SOCIAL E JUSTIÇA CRIMINAL

Presente na conceituação sobre as equipes do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), a expressão “**dispositivo conector**” precede e inspira a atual nomenclatura “**equipe conectora**”. Mais do que equipe, trata-se de **recurso**, dinâmica que se qualifica na forma de dispositivo em saúde, cujo objetivo encontramos na escrita de uma de suas idealizadoras como “a mediação entre o tratamento em saúde mental e o processo jurídico, zelando para que a solução interinstitucional estivesse de acordo com a singularidade clínica, jurídica e social de cada caso.” (BARROS-BRISSET, 2010, p. 118). É, portanto, para o fim de produzir o “tratamento necessário ao sofrimento mental, buscando sua inserção na sociedade” (idem, p. 127), que as atualmente designadas equipes conectoras atuam.

A **Resolução CNJ n. 487/2023** considera, em seu art. 2º:

III – Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP): equipe multidisciplinar que acompanha o tratamento durante todas as fases do procedimento criminal com o objetivo de apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e para viabilizar o acesso à Rede de Atenção Psicossocial (Raps);

IV – equipe conectora: equipe vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) que exerça função análoga à da EAP;

V – equipe multidisciplinar qualificada: equipe técnica multidisciplinar que tenha experiência e incursão nos serviços com interface entre o Poder Judiciário, a saúde e a proteção social; do Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada (Apec); do Serviço de Acompanhamento de Alternativas Penais; da EAP ou outra equipe conectora.

Acerca desses modelos de equipes conectoras, atualmente, identifica-se:

- a) as previstas no interior dos **programas de repercussão nacional**, como aqueles localizados nos estados de Minas Gerais (PAI-PJ) e Goiás (PAILI);
- b) as previstas na forma de **Serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do SUS**, também

denominadas **EAP**. As EAPs são equipes financiadas pelo **Ministério da Saúde**, por meio de repasse orçamentário fundo a fundo, que se estruturam nas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde e realizam o alinhamento das práticas em saúde, socioassistenciais e judiciais.

Do ponto de vista das estratégias destinadas a fomentar a implementação de equipes conecto-

Segundo o art. 4º da Portaria GM/MS n. 94/2014, a **EAP** tem por **atribuições**:

1. Realizar avaliações biopsicossociais e apresentar proposições [...];
2. Identificar programas e serviços do SUS e do SUAS e de direitos de cidadania;
3. Estabelecer processos de comunicação com gestores e equipes de serviços do SUS e do SUAS e de direitos de cidadania;
4. Contribuir para a ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde, pelo beneficiário, em consonância com a justiça criminal;
5. Acompanhar a execução da medida terapêutica;
6. Apoiar a capacitação dos profissionais da saúde, da justiça e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania;
7. Contribuir para a realização da desinternação progressiva de pessoas que cumprem medida de segurança em instituições penais ou hospitalares.

ras entre os Sistemas de Saúde, Assistência Social e Justiça Criminal, o desafio que impera no cotidiano trata-se, de antemão, de impulsionar a sua expansão e, conseqüentemente, o seu financiamento, posto que ainda se conserva número reduzido de EAPs pelo Brasil, em funcionamento em apenas seis estados (dado até Jul/2023) – Amazonas, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Pará, Piauí e Pernambuco –, restando as regiões sudeste e sul do país sem a cobertura dessas equipes específicas.

É cabível avaliar que o Poder Judiciário tem a oportunidade de fortalecer as estratégias de promoção de direitos humanos em saúde mental, como os direitos consagrados constitucionalmente. Assim, entre as medidas voltadas ao fomento da implementação de equipes conectoras estão as relativas ao financiamento e custeio e as relativas à conexão legal-institucional, abordadas abaixo.

i) Financiamento e custeio das equipes conectoras

O **primeiro caminho** a se trilhar com relação à implementação de EAP é o financiamento solicitado junto ao **Ministério da Saúde**: cadastramento de equipe mínima, pactuação na forma de termo de adesão, elaboração de plano de ação e solicitação de habilitação às instâncias executivas fede-

rais das pastas de saúde, saúde mental e saúde prisional. O processo se dá sob corresponsabilidade financeira do estado responsável pela implantação e gestão da equipe.

Entretanto, para financiamento de EAP ou de outras equipes multiprofissionais de finalidade conectora, para além da fonte ministerial, existem as seguintes opções:

a. Fundo Penitenciário Nacional (Funpen)

Instituído pela **Lei Complementar n. 79/1994** “com a finalidade de proporcionar recursos e meios para financiar e apoiar as atividades e os programas de modernização e aprimoramento do sistema penitenciário nacional” (art. 1º), o fundo é provisionado com recursos que possuem origem em diversas fontes, como loterias, multas judiciais, perdas de bens confiscados, rendimentos sobre patrimônio etc. Consta no art. 3º-A, inserido na Lei Complementar n. 79/1994:

*Art. 3º-A [...] § 2º Os repasses que se refere o caput deste artigo serão aplicados nas atividades previstas no art. 3º desta Lei, no financiamento de programas para melhoria do sistema penitenciário nacional, no caso dos Estados e do Distrito Federal, e no financiamento de **programas destinados à reinserção social** de presos, **internados** e egressos, de programas de alternativas penais, no caso dos Municípios.*

Em 2015, a iniciativa presente na **Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) n. 347**, tramitada no STF, mobilizou as verbas do fundo, até então contingenciadas. Passo dado, a promulgação da **Lei n. 13.500/2017** e da **Lei n. 13.756/2018** autorizou o repasse das verbas orçamentárias do FUNPEN a fundos municipais a título de convênio ou instrumento congêneres. Ao município cabe, em crescente construção de sentidos e normas, realizar ações em direção à qualificação das políticas penais, sobretudo diante da necessidade de alinhar processos responsabilitários dignos à garantia de direitos das pessoas envolvidas.

Entre as ações, temos a colaboração concorrente para a execução de políticas de alternativas penais, de políticas de atenção às pessoas egressas do sistema prisional, de **políticas de desinstitucionalização de pessoas submetidas à medida de segurança**, de políticas de participação e controle social das políticas penais por meio do Conselho da Comunidade, entre outras. Consta na **Nota Técnica sobre a Instituição de Fundos Municipais para Políticas Penais – Alternativas Penais, Atenção às Pessoas Egressas, Desinstitucionalização e Conselhos da Comunidade** (2021, p. 19, grifo nosso):

Logo, o financiamento federal oriundo do Funpen aos Municípios diz respeito a programas que envolvam apoio e cuidado referente à **saída de pessoas privadas de liberdade de HCTPs** e outros locais de internação penal e não à construção, ampliação, reforma ou manutenção de HCTPs, hospitais psiquiátricos, clínicas, centros de tratamento, comunidades terapêuticas ou entidades correlatas. Ademais, tampouco envolve a aquisição de insumos sanitários, medicamentos, equipamentos de proteção, entre outros para presídios, aos quais há recursos de outras fontes destinados a tais finalidades.

Operacionalmente, uma vez publicada lei municipal que crie fundo destinado a operar receitas e despesas voltadas à execução de ações relativas à Política de Alternativas Penais e Política de Atenção às Pessoas Egressas, **a execução dos recursos pode ser dirigida ao financiamento de programas para reinserção social de pessoas internadas**. Isto relaciona-se com a previsão contida na Lei n. 10.216/2001 que, em seu art. 4º, §2º, determina que todo tratamento deverá ter “como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”.

Para mais informações, acesse a **Nota Técnica sobre a Instituição de Fundos Municipais para Políticas Penais – Alternativas Penais, Atenção a Pessoas Egressas, Desinstitucionalização e Conselhos da Comunidade**, publicada pela Confederação Nacional de Municípios (CNM) e o CNJ, em 2021.



b. Bens apreendidos – Lei n. 11.343/2006 (Lei de Drogas)

Nos termos da **Lei n. 11.343/2006 (Lei de Drogas)**:

Art. 63. § 2º O juiz remeterá ao órgão gestor do Funad relação dos bens, direitos e valores declarados perdidos, indicando o local em que se encontram e a entidade ou o órgão em cujo poder estejam, para os fins de sua destinação nos termos da legislação vigente.

§ 4º Transitada em julgado a sentença condenatória, o juiz do processo, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, remeterá à Senad relação dos bens, direitos e valores declarados perdidos em favor da União, indicando, quanto aos bens, o local em que se encontram e a entidade ou o órgão em cujo poder estejam, para os fins de sua destinação nos termos da legislação vigente.

Art. 63-C. § 7º A Senad, do Ministério da Justiça e Segurança Pública, pode celebrar convênios ou instrumentos congêneres com órgãos e entidades da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, a fim de dar imediato cumprimento ao estabelecido neste artigo.

Art. 64. A União, por intermédio da Senad, poderá firmar convênio com os Estados, com o Distrito Federal e com organismos orientados para a prevenção do uso indevido de drogas, a atenção e a reinserção social de usuários ou dependentes e a atuação na repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, com vistas na liberação de equipamentos e de recursos por ela arrecadados, para a implantação e execução de programas relacionados à questão das drogas.

As normas acima expressas apresentam a possibilidade de recursos da Política Nacional sobre Drogas geridos pela atual Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos do Ministério da Justiça e Segurança Pública (SENAD/MJSP) serem direcionados para serviços de âmbito municipal que executem políticas sociais correlatas aos direitos das pessoas com necessidades decorrentes de uso de álcool e outras drogas. Isso pode se dar, por exemplo, junto aos serviços, recursos e estratégias da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), bem como no tocante ao financiamento de equipes multiprofissionais.

c. Penas pecuniárias – Resolução CNJ n. 154/2012

Em síntese, a Resolução **CNJ n. 154/2012** assim preconiza (grifo nosso):

Art. 1º Adotar como política institucional do Poder Judiciário, na execução da pena de prestação pecuniária, o recolhimento dos valores pagos em conta judicial vinculada à unidade gestora, com movimentação apenas por meio de alvará judicial, vedado o recolhimento em cartório ou secretaria.

Art. 2º Os valores depositados, referidos no art. 1º, quando não destinados à vítima ou aos seus dependentes, serão, preferencialmente, destinados à entidade pública ou privada com finalidade social, previamente conveniada, ou para atividades de caráter essencial à segurança pública, educação e saúde, desde que estas atendam às áreas vitais de relevante cunho social, a critério da unidade gestora.

§ 1º A receita da conta vinculada irá financiar projetos apresentados pelos beneficiários citados no caput deste artigo, priorizando-se o repasse desses valores aos beneficiários que:

I – mantenham, por maior tempo, número expressivo de cumpridores de prestação de serviços à comunidade ou entidade pública;

II – **atuem diretamente na execução penal, assistência à ressocialização de apenados**, assistência às vítimas de crimes e prevenção da criminalidade, incluídos os conselhos da comunidade.

Algumas localidades brasileiras lançam mão da estratégia de obtenção de recursos orçamentários oriundos das penas pecuniárias. Esse é mais um caminho possível de ser trilhado, e por mais de uma via:

(i) o financiamento diretamente justificado pelo perfil de equipe atuante nas fases discriminadas no inciso II;

(ii) o financiamento voltado a projetos baseados em princípios e práticas restaurativas, o que pode ser de incumbência das equipes conectoras, tendo em vista sua posição privilegiada na interface com as Redes de Proteção Social (sobretudo do SUS e SUAS), de Justiça e os sujeitos envolvidos/as.

Com esse item, comunica-se o trecho que deve informar diretrizes para potencialização da atuação das equipes.

4.1. Diretrizes para potencialização da atuação das equipes conectoras

A existência de equipes conectoras é mais uma estratégia que assegura que o tratamento em saúde mental não deve prosperar no interior das instituições asilares, tampouco se resumidos em uma única instituição, ainda que não-asilar. Sendo assim, o Poder Judiciário encontra vias de fortalecimento das equipes conectoras a partir do enlace que pode promover para que elas deem suporte à pessoa e suas famílias junto aos serviços finalísticos, judiciários e sociais.

Entre as diretrizes, é possível sinalizar:

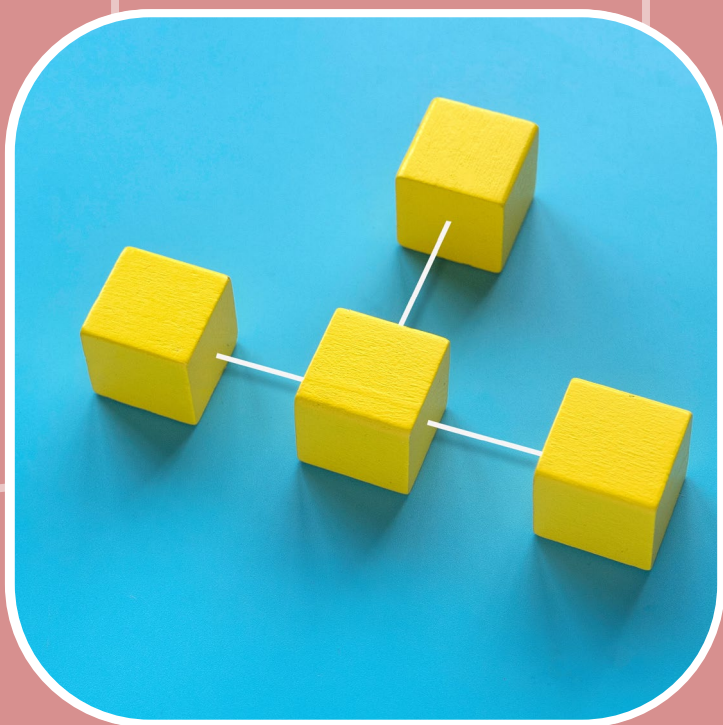
i) Reconhecimento institucional da validade da avaliação biopsicossocial

A avaliação biopsicossocial tem importante alcance no bojo do andamento processual, tendo em vista que informa acerca das várias dimensões da deficiência psicossocial, não se restringindo aos clássicos itens orientados pelo “histórico” e “hipótese diagnóstica” presentes nos laudos periciais em geral. Se a informação oriunda da avaliação é mais qualificada por parte da equipe conectora, certamente os atores e atrizes judiciários/as terão mais condições de melhor atuar nos casos e contextos.

ii) Qualificação do Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O PTS, como já mencionado, é instrumento de pactuação entre trabalhadores/as, gestores/as e usuários/as do serviço. Contudo, sua qualificação pode se dar, entre outras vias, no enaltecimento dos termos contratualizados, por meio do alinhamento entre as determinações judiciais em direção aos itens pactuados.

O que se propõe é que o PTS oriente o percurso processual penal, de modo a aproximar ainda mais o Sistema de Justiça das necessidades das pessoas envolvidas nos conflitos. Assim, é possível localizar as peças que ajudam a montar essa engrenagem, a contar com ações conjugadas entre Sistemas de Justiça Criminal, Saúde e Assistência Social, orientada pelos paradigmas da Reforma Psiquiátrica e do modelo biopsicossocial da deficiência.



**FLUXOGRAMAS E
INSTRUMENTOS EM
CONFORMIDADE COM A
REFORMA PSIQUIÁTRICA E O
MODELO BIOPSIKOSSOCIAL
DA DEFICIÊNCIA**

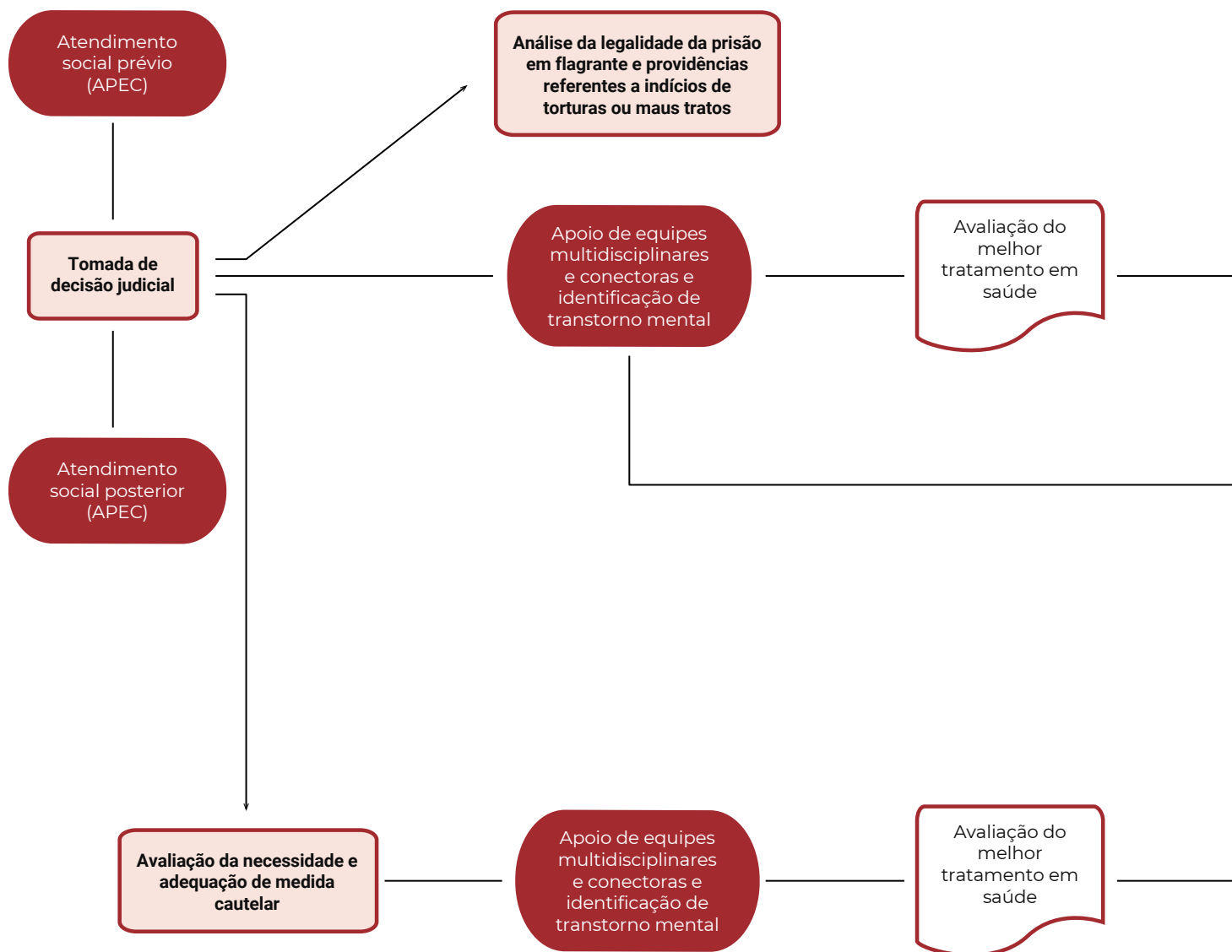
5**FLUXOGRAMAS E INSTRUMENTOS EM CONFORMIDADE COM A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O MODELO BIOPSIKOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA**

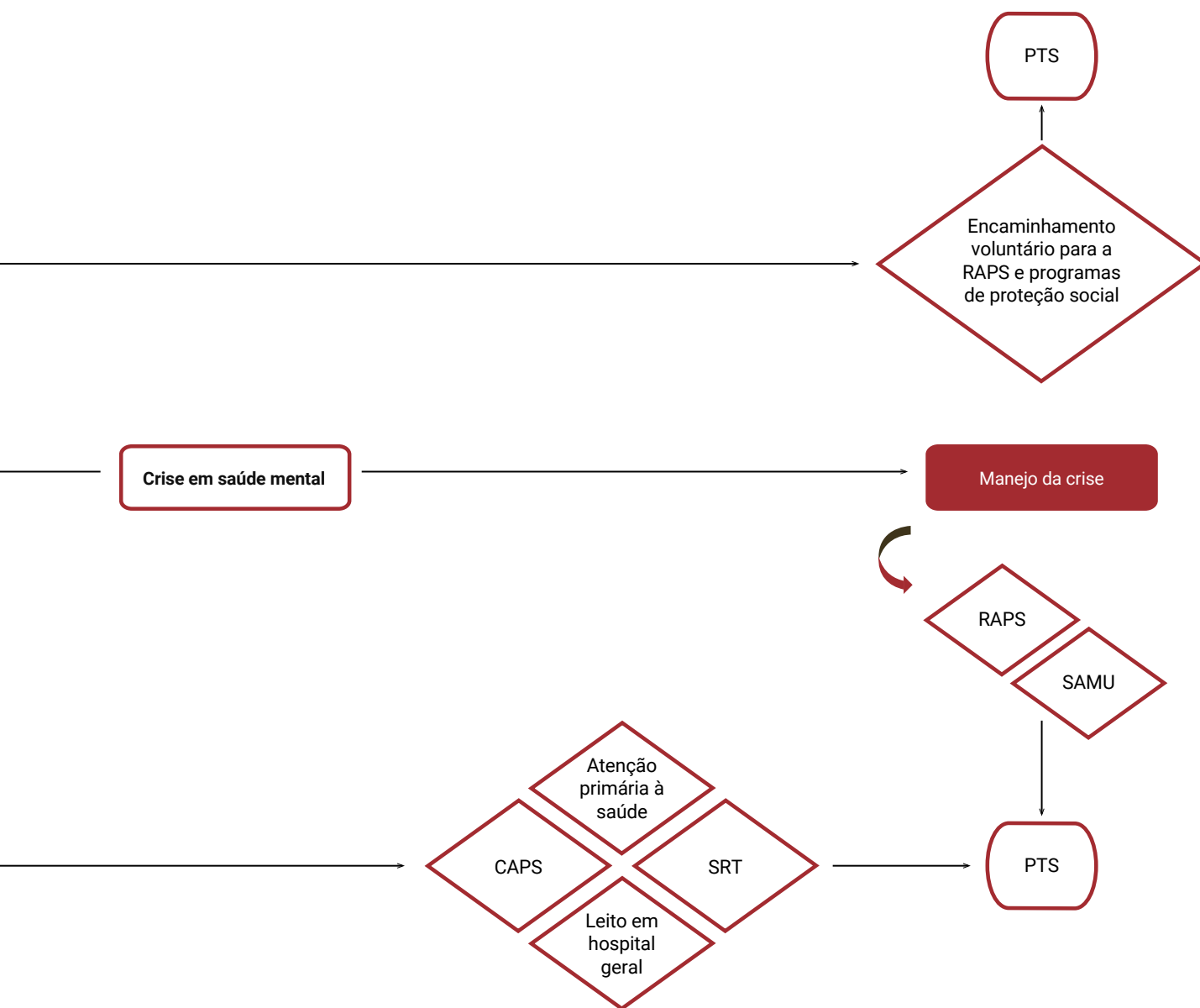
A seguir, serão apresentados procedimentos graficamente ilustrados – fluxogramas – voltados a pormenorizar o andamento processual. Salienta-se que os fluxogramas se apresentam em conformidade com a **Resolução CNJ n. 487/2023**. Eles estão distribuídos em torno dos seguintes itens:

- (i) **fluxos para magistrados/as e equipes multidisciplinares** das varas e de outros setores do Tribunal que também atuem na demanda em questão;
- (ii) **instrumentos** para mapeamento das redes do **SUS e SUAS**.

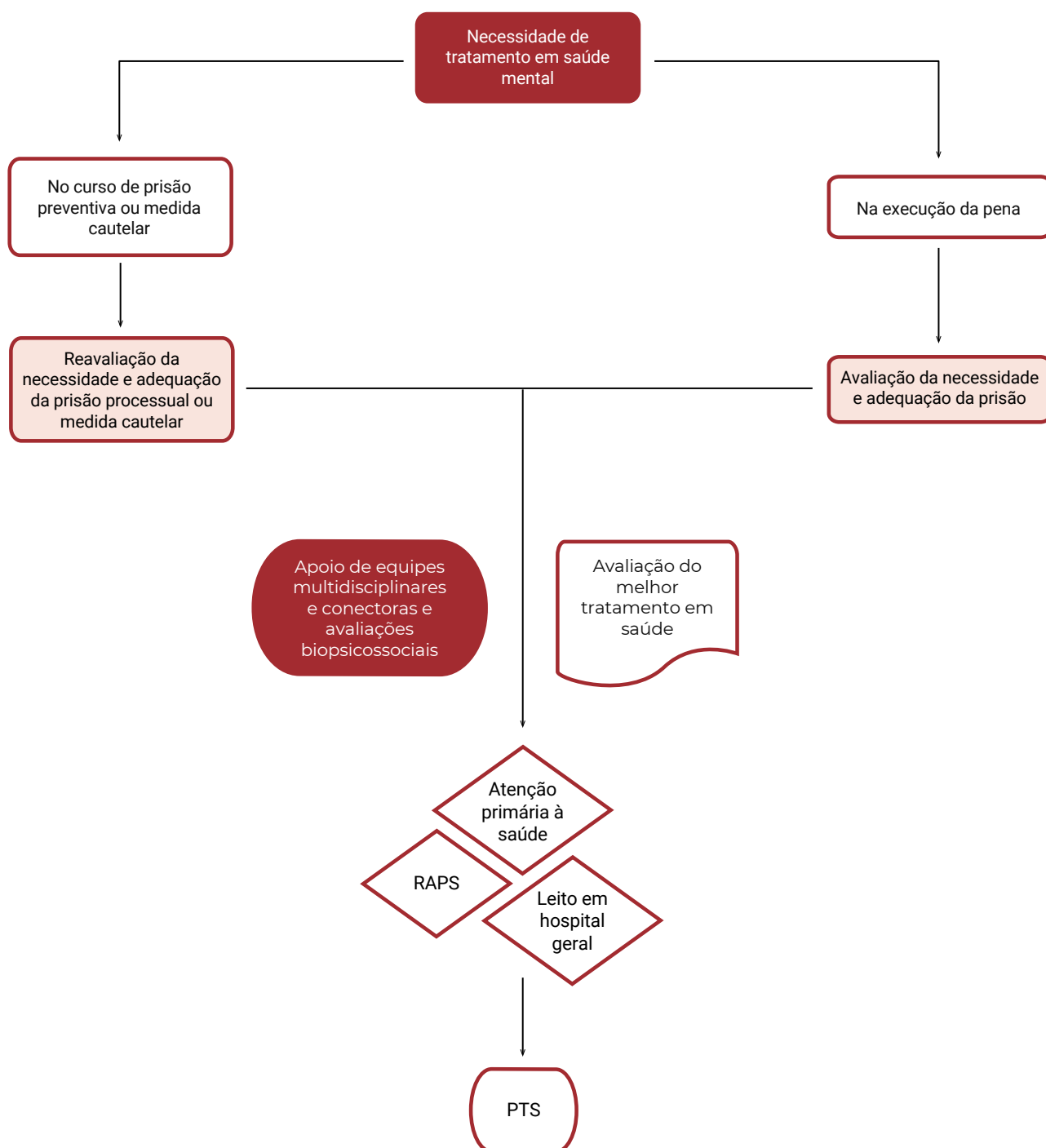
5.1. Fluxogramas

i) Audiência de custódia

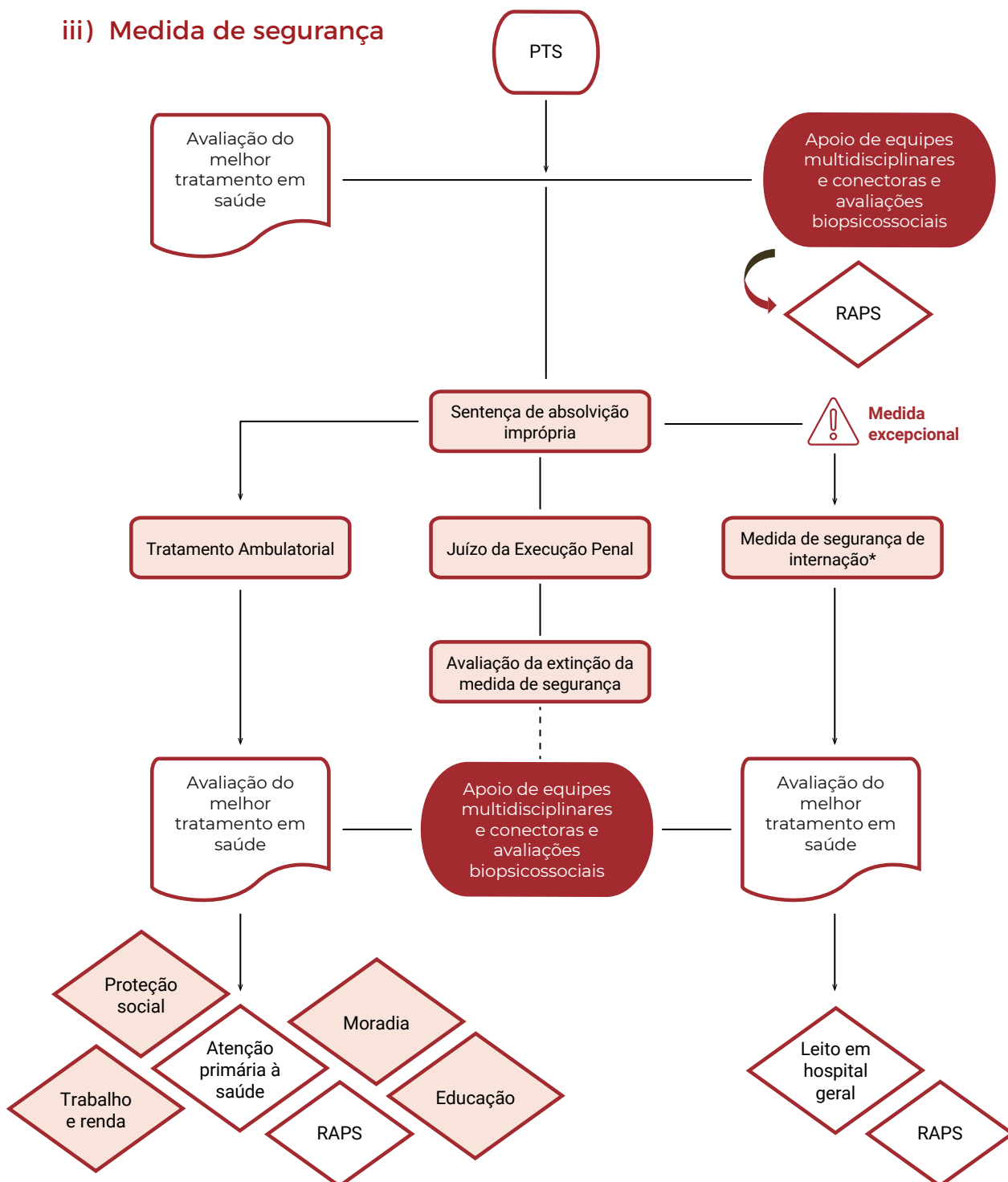




ii) Curso de prisão preventiva ou outra medida cautelar ou da execução da pena



iii) Medida de segurança



* Conforme a **Resolução CNJ n. 487/2023**, art. 3º, VIII, um dos princípios que rege o tratamento das pessoas com transtorno mental no âmbito da jurisdição penal é a indicação da internação fundada exclusivamente em razões clínicas de saúde, privilegiando-se a avaliação multiprofissional de cada caso, pelo período estritamente necessário à estabilização do quadro de saúde e apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, sendo vedada a internação em instituição de caráter asilar, como os HCTP e estabelecimentos congêneres, como hospitais psiquiátricos.

5.2. Instrumentos

Os instrumentais que serão apresentados têm a finalidade de dinamizar e tornar mais inteligíveis as informações oriundas dos procedimentos judiciais e administrativos, para, com isso, possibilitar a qualificação da **gestão da informação pelos CEIMPA**s.

i) Planilha eletrônica de ações e serviços das redes SUS e SUAS

A planilha projetada abaixo tem a finalidade de possibilitar o acesso rápido ao mapa de serviços fundamentais para se executar ações de articulação em redes de políticas públicas, notadamente de saúde mental e de assistência social. Trata-se de recurso que poderá apoiar as ações dos CEIMPA

s, devendo ser disponibilizada a todas as entidades que o compõem e a magistrados/as de Varas Criminais e de Execução Penal, como suporte às ações delineadas no tópico 3 desse Modelo Orientador, como a revisão de processos e ações de desinstitucionalização.

Sugere-se que seja elaborado um painel ou mapa de georreferenciamento dos serviços sinalizados pelos municípios e estado a ser hospedado no portal de uma das instituições cooperadas participantes do CEIMPA, bem como que as informações sejam periodicamente atualizadas.

a. Sistema Único de Saúde (SUS) e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Ano-base	Categorias	Dados
Dados Administrativos Gerais	Município	
	Comarca	
	Região de Saúde (Número e Município Sede)	
	Distância Sede – Região	
	População do Município	
	População da Região	
Quantidade de serviços disponíveis		
Atenção Primária	UBS/USF/Posto de Saúde	
	Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	
Atenção Especializada	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT)	
	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi)	
	Centro de Atenção Psicossocial 1 (CAPS I)	
	Centro de Atenção Psicossocial 1 (CAPS I)	
	Centro de Atenção Psicossocial 3 (CAPS III)	
	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas 2 (CAPS ad II)	
	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas 3 (CAPSad III)	
	Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)	
	Projetos de Inserção Produtiva e Geração de Renda	
	Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	
	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	
	Unidade Básica de Saúde (USB)	
	Centro Especializado em Reabilitação (CER) – por tipo	
Leitos em Hospital Geral (por localidade)		

b. Sistema Único de Assistência Social (SUAS)

Ano-base	Categorias	Dados
Dados administrativos gerais	Município	
	Comarca	
	Região Geoadministrativa da Assistência Social (Número e Município Sede)	
	Distância Sede – Região	
	População do Município	
	População da Região	
Quantidade de serviços disponíveis		
Proteção Social Básica	Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)	
	Serviços de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)	
	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos	
	Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas	
Proteção Social de Média Complexidade	Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)	
	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias Indivíduos (PAEFI)	
	Serviço Especializado em Abordagem Social	
	Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias	
	Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua	
Proteção Social de Alta Complexidade	Serviço de Acolhimento Institucional	
	Serviço de Acolhimento em República	
	Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora	
	Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências	

ANEXO A - MODELO DE TERMO DE COOPERAÇÃO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL DO PODER JUDICIÁRIO¹⁰

TERMO DE COOPERAÇÃO (estadual)

TERMO DE COOPERAÇÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM O GOVERNO DO ESTADO DE XX, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ESTADO DO DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL (ou congêneres); SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA (ou congêneres); SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA; TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE XX; GRUPO DE MONITORAMENTO E FISCALIZAÇÃO DOS SISTEMAS CARCERÁRIO E SOCIOEDUCATIVO DE XX; DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE XX; MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE XX; E CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE XX, PARA A IMPLEMENTAÇÃO E O MONITORAMENTO DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL NO ÂMBITO DO PODER JUDICIÁRIO NO ESTADO DE XX, CONFORME RESOLUÇÃO CNJ N. 487/2023.

CONSIDERANDO o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana e os direitos fundamentais à liberdade, à saúde e ao devido processo legal;

CONSIDERANDO a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (2006), pela qual o Estado brasileiro comprometeu-se a promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais das pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação;

CONSIDERANDO a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (1984) e seu Protocolo Facultativo (2002) e a necessidade de combater a sua prática nas instituições de tratamento da saúde mental, públicas ou privadas, bem como a Resolução CNJ n. 414/2021, que estabelece diretrizes e quesitos periciais para a realização dos exames de corpo de delito nos casos em que haja indícios de prática de tortura e outros tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, conforme os parâmetros do Protocolo de Istambul;

¹⁰ Foram considerados itens necessários e opcionais para a pactuação em distintas realidades, de modo que cada estado poderá conduzir recorte específico e pertinente ao seu contexto, conforme arranjos institucionais e organogramas locais. Na composição do CEIMPA, estimula-se a consideração de entidades como o Conselho da Comunidade e Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura, onde houver, os Conselhos Regionais de Serviço Social, Psicologia e Medicina e outros Conselhos de Direitos, organizações da sociedade civil afetas ao tema e usuários da Política de Saúde Mental. Também se indica a inserção de legislações estaduais, a exemplo de Leis estaduais da Reforma Psiquiátrica, e Portarias que instituem Grupos de Trabalho referentes ao tema.

CONSIDERANDO o Ponto Resolutivo 8 da sentença da Corte Interamericana de Direito Humanos proferida no Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, que determinou ao Estado brasileiro que continue a desenvolver um programa de formação e capacitação para o pessoal médico, de psiquiatria e psicologia, de enfermagem e auxiliares de enfermagem e para todas as pessoas vinculadas ao atendimento de saúde mental, em especial sobre os princípios que devem reger o trato das pessoas portadoras de deficiência mental, conforme os padrões internacionais sobre a matéria;

CONSIDERANDO a Resolução n. 32/18, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em julho de 2016, que reafirma as obrigações dos Estados Membros em promover e proteger todos os direitos humanos e liberdades fundamentais e garantir que políticas e serviços relacionados à saúde mental cumpram as normas internacionais de direitos humanos;

CONSIDERANDO o Relatório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos das Nações Unidas, apresentado na 34ª Sessão da Assembleia Geral da ONU em janeiro de 2017, que expõe um conjunto de recomendações voltadas à qualificação dos serviços de saúde mental, a acabar com a prática do tratamento involuntário e da institucionalização e para criação de um ambiente político e legal que assegure a garantia dos direitos humanos das pessoas com deficiências psicossociais;

CONSIDERANDO a Lei n. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

CONSIDERANDO a Lei n. 13.146/2015 – Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), que assegura e promove, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania;

CONSIDERANDO a Resolução n. 8/2019 do Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH), destinada à orientação das políticas de saúde mental e uso problemático de álcool e outras drogas em todo o território nacional;

CONSIDERANDO as disposições das Resoluções CNPCP n. 04/2010 e n. 5/2004 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, no sentido da aplicação dos princípios da Lei n. 10.216/2001 à execução da medida de segurança;

CONSIDERANDO a Resolução CNJ n. 487/2023, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança;

CONSIDERANDO a Resolução CNJ n. 113/2010 e a Recomendação CNJ n. 35/2011, publicadas com o objetivo de adequar a atuação da justiça penal aos dispositivos da Lei n. 10.216/2001, privilegiando-se a manutenção da pessoa em sofrimento mental em meio aberto e o diálogo permanente com a rede de atenção psicossocial;

CONSIDERANDO o art. 9º, § 3º, da Resolução CNJ n. 213/2015, que dispõe sobre a realização de audiência de custódia, disciplinando sobre a garantia de acesso aos serviços médico e psicossocial, resguardada sua natureza voluntária, para pessoas que apresentem quadro de transtorno mental ou dependência química;

CONSIDERANDO a Resolução CNJ n. 288/2019, que define a política institucional do Poder Judiciário para a promoção da aplicação de alternativas penais, com enfoque restaurativo, em substituição à privação de liberdade, bem como a Resolução n. 2002/2012 do Conselho Econômico e Social da ONU, destinada à orientação dos princípios básicos para a utilização de programas de justiça restaurativa em matéria criminal, além da Resolução CNJ n. 225/2016, que dispõe sobre a Política Nacional de Justiça Restaurativa no âmbito do Poder Judiciário;

CONSIDERANDO as disposições da Resolução CNJ n. 425/2021, que institui, no âmbito do Poder Judiciário, a Política Nacional Judicial de Atenção a Pessoas em Situação de Rua e suas interseccionalidades;

CONSIDERANDO a atenção às minorias com vulnerabilidades acrescidas e suas interseccionalidades, bem como os atos normativos do CNJ sobre a temática em relação à privação de liberdade, como a Resolução CNJ n. 287/2019 (indígenas); Resolução CNJ n. 348/2020 (LGBTI); Resolução CNJ n. 405/021 (migrantes); Resolução CNJ n. 369/2021 (gestantes, mães, pais e responsáveis por crianças e pessoas com deficiência);

CONSIDERANDO 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), instituída por meio da Portaria Interministerial n. 1/2014, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, bem como as Portarias n. 94/2014 e n. 95/2014 do Ministério da Saúde, que instituem o Serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – EAP e dispõem sobre o seu financiamento;

O GOVERNO DO ESTADO DE XX, representado pela SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, através do seu titular, XX; pela SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL (ou congêneres), por seu titular, XX; pela SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA (ou congêneres), por seu titular, XX; e pela SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA, por seu titular, XX; e o TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE XX, por seu Presidente, Des. XX; o GRUPO DE MONITORAMENTO E FISCALIZAÇÃO DOS SISTEMAS CARCERÁRIO E SOCIOEDUCATIVO DO XX, por seu supervisor, Des. XX; a DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO, pelo Defensor Público Geral do Estado, XX; o MINISTÉRIO PÚBLICO, pelo Procurador Geral de Justiça, XX; e o CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, pelo presidente, XX; celebram o presente TERMO DE COOPERAÇÃO, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 – O presente Termo de Cooperação tem por objeto estabelecer as responsabilidades e as condições técnicas e operacionais, por meio da cooperação mútua entre as entidades signatárias, com vistas à implementação e monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário do Estado de XX, conforme Resolução CNJ n. 487/2023.

1.2 – A Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário do Estado de XX tem por finalidades:

I – Estabelecer e monitorar procedimentos para o tratamento das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial que estejam custodiadas, sejam investigadas, acusadas, réus ou privadas de liberdade, em cumprimento de pena ou de medida de segurança, em prisão domiciliar, em cumprimento de alternativas penais, monitoração eletrônica ou outras medidas em meio aberto, ou no Sistema Socioeducativo, no que couber, e conferir diretrizes para assegurar os direitos dessa população no Estado de XX;

II – Efetivar ações desde a porta de entrada do Sistema de Justiça Criminal, em caráter preventivo e de imediato direcionamento para as políticas de proteção social, passando pela execução, até a porta de saída, na desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial em conflito com a lei no estado de XX, estabelecendo fluxos de atenção psicossocial integral para todas as fases do procedimento criminal ou socioeducativo, no que couber;

III – Promover a articulação de programas e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e de direitos humanos, e destes com o Sistema de Justiça, por meio da pactuação permanente entre gestores, para efetivação de ações de desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial em conflito com a lei no estado de XX;

IV – Realizar processos de educação permanente de profissionais dos Sistemas de Saúde, Assistência Social, Justiça, Administração Penitenciária e Segurança Pública para orientação acerca de diretrizes, conceitos, métodos, fluxos e procedimentos para atenção e cuidado à pessoa com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial em conflito com a lei;

V – 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 ou qualquer forma de deficiência psicossocial em conflito com a lei no estado de XX, à luz da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência;

VI – Apoiar e realizar diagnósticos locais, regionais e nacionais, estudos e pesquisas sobre o tratamento e as medidas aplicáveis às pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial que estejam custodiadas, sejam investigadas, acusadas, réus ou privadas de liberdade, em cumprimento de pena ou de medida de segurança, em prisão domiciliar, em cumprimento de alternativas penais, monitoração eletrônica ou outras medidas em meio aberto no Estado de XX;

V – Fomentar a implementação de equipes conectoras e multiprofissionais que atuem nos casos que envolvem pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial;

VI – Fomentar a realização e recepção de avaliações biopsicossociais nos casos que envolvem pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial;

VII – Realizar visitas institucionais e inspeções de monitoramento;

VIII – Subsidiar e fomentar a revisão de processos que considere o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o acompanhamento e discussão dos casos.

1.3 – O cumprimento do objeto deste Termo dar-se-á conforme o Plano de Trabalho, que passa a fazer parte integrante deste instrumento.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS DIRETRIZES

2.1 – A Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário do Estado de XX visa a integrar os procedimentos dos juízos de conhecimento e execução penal às ações de atenção psicossocial integral em conformidade com a Lei n. 10.216/2001, o Decreto n. 6.949/2009, a Lei n. 13.146/2015 e a Resolução CNJ n. 487/2023, adotando a política antimanicomial e priorizando o atendimento em meio aberto, nos serviços territoriais de base comunitária da rede pública de saúde.

2.2 – A Política Antimanicomial do Poder Judiciário de XX é concebida como um sistema integrado de ações interinstitucionais para o tratamento das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial que estejam custodiadas, sejam investigadas, acusadas, réis ou privadas de liberdade, em cumprimento de pena ou de medida de segurança, em prisão domiciliar, em cumprimento de alternativas penais, monitoração eletrônica ou outras medidas em meio aberto no estado de XX, sob gestão do Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário de XX (CEIMPA/XX).

2.2.1 – A Política Antimanicomial do Poder Judiciário de XX induzirá a criação da Equipe do Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei – EAP, subordinada à Secretaria de Estado da Saúde.

2.2.2 – A Política Antimanicomial do Poder Judiciário de XX deverá fomentar articulações junto às redes de saúde, de atenção psicossocial e de assistência social para apoio às ações no fomento à criação e fortalecimento da EAP e na atuação das equipes conectoras e do grupo condutor da PNAISP, em consonância com as Portarias GM n. 94 e n. 95 do Ministério da Saúde.

2.2.3 – As equipes multiprofissionais do Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada (APEC) e de outro setor do Poder Judiciário destacadas para esse fim, apoiarão, respectivamente, a execução dos fluxos para atenção psicossocial integral às pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial no âmbito das audiências de custódia.

2.3 – As medidas de segurança voltadas às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, nos termos da legislação, normas, portarias e recomendações vigentes, são de responsabilidade comum dos Poderes Judiciário e Executivo.

2.4 – Para a implementação das ações de desinstitucionalização voltadas às pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei, buscar-se-á a colaboração dos municípios, a participação da sociedade e da família.

2.5 – Na execução das medidas de segurança voltadas às pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei, as equipes multiprofissionais envolvidas na implementação dos fluxos da Política Antimanicomial apresentarão proposições fundamentadas na Resolução CNJ n. 487/2023, orientando, sobretudo, a adoção de medidas preferencialmente de base comunitária, a serem implementadas segundo um PTS, articulando com os demais serviços das redes de saúde, assistência social e direitos humanos para uma atenção integral às pessoas atendidas.

2.6 – Os PTS para todas as pessoas em medida de segurança que ainda estiverem internadas em HCTP, instituições congêneres ou unidades prisionais, estarão pautados na necessidade de reintegração social da pessoa, buscando promover o cuidado e tratamento de base comunitária e a acessibilidade aos direitos fundamentais, gerais e sociais.

2.7 – A Política Antimanicomial do Poder Judiciário de XX estabelecerá fluxo integrado de procedimentos a serem adotados desde a audiência de custódia, a execução e o acompanhamento das medidas de segurança no estado de XX, até a desinstitucionalização, e o CEIMPA/XX irá monitorar sua implementação.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA COMPOSIÇÃO DO CEIMPA/XX

3.1 – O CEIMPA/XX tem como função precípua a gestão, acompanhamento e monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário e dos fluxos interinstitucionais de desinstitucionalização e atenção psicossocial integral à pessoa com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei. O Comitê será composto pelos seguintes representantes:

I – Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Medidas Socioeducativas – GMF-XX,

II – Corregedoria Geral de Justiça do XX,

III – Vara de Execução Penal da Comarca de XX,

IV – Ministério Público,

V – Defensoria Pública,

VI – Secretaria de Estado da Saúde,

VII – Secretaria de Estado de Desenvolvimento e Assistência Social,

VIII – Secretaria de Estado da Administração Penitenciária (ou congêneres),

IX – Secretaria de Estado da Segurança Pública.

3.2 O Grupo de Monitoramento e Fiscalização dos Sistemas Carcerário e Socioeducativo – GMF/XX ficará responsável pela coordenação do CEIMPA/XX.

3.3 O CEIMPA/XX deverá se reunir, no mínimo, uma vez a cada mês, com a finalidade de promover a interlocução e o alinhamento estratégico da Política Antimanicomial, além de monitorar sua implementação, e poderá contar com o apoio de instituições de ensino superior.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES

4.1 – DAS OBRIGAÇÕES COMUNS

4.1.1 – Fomentar a adequada implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, em consonância com o disposto na Resolução CNJ n. 487/2023, e designar representantes para integrar o CEIMPA/XX.

4.1.2 – Expedir, a partir da assinatura deste Termo de Cooperação, orientação aos que devam dele conhecer, no sentido de dar pronto e adequado atendimento ao seu objeto.

4.1.3 – Fornecer apoio técnico-institucional e as informações e documentos (como relatórios de gestão) pertinentes à consecução do objeto deste Termo de Cooperação, para o acompanhamento e desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei, observadas as garantias previstas na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e o cuidado com dados sensíveis e informações pessoais de saúde.

4.1.4 – Atuar em parceria no planejamento, implantação, execução, acompanhamento e avaliação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário no estado de XX, conforme seus princípios, diretrizes e procedimentos, propondo reformulações e readequações que se mostrarem necessárias a partir de processos de monitoramento.

4.1.5 – Apoiar os processos de interdição parcial e total dos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico e atuar para sua qualificação, na medida de suas atribuições.

4.1.6 – Realizar, em conjunto, palestras, cursos e seminários no âmbito das questões tratadas neste instrumento, e criar e executar Plano de Educação Permanente em Políticas Penais e Judiciárias, Saúde Mental e Assistência Social para orientação acerca da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, voltado principalmente a profissionais dos Sistemas de Justiça, Saúde e Assistência Social.

4.1.7 – Realizar e contribuir com o mapeamento da presença de pessoas com suspeita ou diagnóstico de transtorno mental privadas de liberdade em todos os estabelecimentos penais não psiquiátricos e pactuar a redução gradual da porta de entrada do HCTP, de acordo com as atribuições específicas de cada entidade.

4.1.8 – Reorganizar, validar interinstitucionalmente e incidir para garantir condições para a normatização e efetivação de documentos orientadores adequados à Política Antimanicomial do Poder Judiciário, como fluxos e instrumentais.

4.1.9 – Fomentar e apoiar a realização de diagnósticos estaduais e pesquisas sobre a população com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei, com atenção às pessoas custodiadas em unidades prisionais e estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico.

4.1.10 – Elaborar e aprimorar o Plano Estadual e Distrital de Implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, em consonância com o Plano Nacional correspondente, que inclua o acompanhamento, discussão e revisão de casos, com observância escalonada de casos prioritários e encaminhamento adequado das pessoas que chegam ao Sistema de Justiça Criminal, com vistas à desinstitucionalização.

4.1.11 – Fomentar o financiamento de Processos de Desinstitucionalização.

4.2 – DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE XX – TJXX

4.2.1 – Verificar a existência das instâncias necessárias para a implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário de XX e garantir o funcionamento das estruturas adequadas.

4.2.2 – Disciplinar, no âmbito administrativo, os fluxogramas e procedimentos que contribuam para estabelecer, executar e acompanhar todos os procedimentos do ciclo penal aplicáveis à pessoa com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei, conforme a Resolução CNJ n. 487/2023.

4.3.2 – Apoiar e acompanhar a implementação dos fluxos interinstitucionais de desinstitucionalização e atenção psicossocial integral à pessoa com transtorno mental ou deficiência psicossocial no âmbito das audiências de custódia, em cumprimento de pena ou de medida de segurança, em prisão domiciliar, em cumprimento de alternativas penais, monitoração eletrônica ou outras medidas em meio aberto.

4.3.3 – Atuar para a parametrização da Política Antimanicomial do Judiciário no estado de XX, com ênfase no acompanhamento da implementação nas comarcas do interior, prestando orientações às/ aos magistradas/os quando necessário.

4.3.1 – Promover o fomento, junto aos juízos competentes, da revisão dos processos judiciais criminais, bem como realizar o monitoramento periódico desses processos referentes às pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei, solicitando providências ao juízo competente quando necessário, com vistas à reavaliação das medidas de segurança aplicadas, considerando a adoção da Política Antimanicomial e a prioridade do tratamento ambulatorial em meio aberto.

4.4.3 – Promover ações articuladas e a comunicação entre o GMF, magistrados/as, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) em âmbitos estadual, regional (por Comarcas e Regiões de Saúde) e municipais, e as Redes de Proteção Social Básica e Especial.

4.4.6 – Garantir, via monitoramento das determinações pelo juízo competente, a elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS) para todas as pessoas atualmente internadas em HCTP ou estabelecimento congênere e em alas em unidades prisionais, com vistas à desinstitucionalização.

4.2.4 – Garantir estrutura para a promoção de estratégias restaurativas, por meios adequados de autocomposição de conflitos, a serem realizados conforme os fluxogramas da Política Antimanicomial, bem como para ações articuladas com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e as Redes de Proteção Social Básica e Especial.

4.2.5 – Instituir e garantir o funcionamento de equipe multiprofissional para auxiliar juízos de conhecimento e execução penal nos casos que envolvam pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial, fornecendo orientações técnicas, realizando estudos e pareceres com sugestão das medidas adequadas e contribuindo para a garantia da efetividade do PTS em parceria com a EAP ou outra equipe conectora.

4.2.6 – Fomentar, promover e participar de ações de educação permanente em direitos humanos, saúde mental e políticas penais junto a magistrados e demais servidores da instituição, em consonância com a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e em fomento e articulação com as Escolas da Magistratura e de instituições parceiras.

4.4.4 – Promover ações de apoio e fomento à implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e da Equipe do Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP).

4.5 – DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE XX

4.5.1 – Coordenar a execução do Plano Estadual e Distrital de Implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, em consonância com o Plano Nacional correspondente.

4.5.2 – Envidar esforços para implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

4.5.3 – Instituir a Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei – EAP.

4.5.4 – Adotar providências no sentido de disponibilizar vagas nos serviços das Redes de Atenção à Saúde (RAS) de gestão estadual quando demandadas pelas ações concernentes à Política Antimanicomial do Poder Judiciário, na capital e no interior do estado, mediante a formalização de convênios específicos com os respectivos municípios.

4.5.5 – Elaborar Linha de Cuidado de Atenção à Saúde e Desinstitucionalização e garantir a elaboração de PTS para todas as pessoas em medida de segurança que ainda estiverem internadas em HCTP, em instituições congêneres ou unidades prisionais, com vistas à alta planejada e à reabilitação psicossocial assistida em meio aberto, e apresentação desses documentos no processo ou em audiência judicial que conte com a participação de representantes das entidades envolvidas em sua construção.

4.5.6 – Implantar os componentes e respectivos pontos de atenção da RAPS previstos na Portaria GM/MS n. 3.088/2011, nos termos das pactuações interfederativas bipartites.

4.5.7 – Garantir apoio matricial para as ações e serviços da atenção primária em saúde nos municípios com menos de 20 mil habitantes, de modo a manter a qualidade das ações de acompanhamento das pessoas em cumprimento de medida de segurança ambulatorial e das pessoas em processos de desinstitucionalização.

4.5.8 – Atuar como indutora da designação de equipes conectoras nos municípios e fornecer apoio técnico quando necessário.

4.5.9 – Apoiar o processo de desinstitucionalização de acordo com o PTS de cada pessoa assistida, facilitando a interlocução da unidade com os municípios, quando necessário, bem como a interdição do HCTP.

4.5.10 – Fornecer aos partícipes o Mapa de Pontos de Atenção da RAPS presentes no território do estado, em formato eletrônico.

4.5.11 – Manter interlocução junto à Secretaria de Planejamento para pactuação de rubrica orçamentária no Projeto de Lei Orçamentária Anual a ensejar transferência de recursos específicos para a saúde, diretamente decorrentes do fechamento de vaga em HCTP ou ala de tratamento psiquiátrico.

4.5.12 – Articular, avaliar e monitorar as pactuações e os termos de compromisso firmados com as gestões municipais do SUS no âmbito da Política de Atenção Integral.

4.5.13 – Mapear potenciais beneficiários do Programa de Volta para Casa (PVC) e Benefício de Prestação Continuada (BPC), além de outros direitos, benefícios, programas e projetos pertinentes, dentre as pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei no estado de XX.

4.5.14 – Fomentar, promover e participar de ações de educação permanente em direitos humanos, saúde mental e políticas penais junto a profissionais da EAP e das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

4.6 – DA SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA (OU CONGÊNERE)

4.6.1 – Envidar esforços para implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

4.6.2 – Providenciar os meios necessários, em todos os estabelecimentos penais, para o pleno e desimpedido funcionamento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário de acordo com os fluxos interinstitucionais estabelecidos e a Resolução CNJ n. 487/2023.

4.6.3 – Acionar entidades partícipes deste Termo de Cooperação, nos casos em que o estabelecimento penal não psiquiátrico suspeite da presença de pessoa custodiada com transtorno mental ou deficiência psicossocial, associado ou não a necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

4.6.4 – Garantir a elaboração de PTS para todas as pessoas que ainda estiverem internadas em HCTP, em instituições congêneres ou unidades prisionais, com vistas à alta planejada e à reabilitação psicossocial assistida em meio aberto, e apresentação desses documentos no processo e em audiência judicial, que conte com a participação de representantes das entidades envolvidas em sua construção.

4.6.5 – Articular a execução de ações de desinstitucionalização das pessoas custodiadas em HCTP, congêneres e unidades prisionais e compartilhamento de experiência junto à EAP e às equipes conectoras e multiprofissionais da RAPS e de Proteção Social dos municípios.

4.6.6 – Garantir o acesso da EAP e das equipes conectoras e multiprofissionais da RAPS e de Proteção Social às pessoas internadas no HCTP, em unidades prisionais e a profissionais nelas lotados.

4.6.7 – Garantir o acesso ao tratamento em saúde mental às pessoas custodiadas nas unidades prisionais.

4.6.8 – Manter e atualizar diariamente banco de dados sobre a presença e saída de pessoas custodiadas em HCTP e alas de custódia e tratamento psiquiátrico, e estabelecer envio periódico dos dados às instituições envolvidas nessa cooperação.

4.6.9 – Fomentar, promover e participar de ações de educação permanente em direitos humanos, saúde mental e políticas penais junto a profissionais que atuam nas unidades prisionais, incluídos policiais penais, em consonância com a Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

4.6.10 – Assegurar a disposição de informações sobre os Escritórios Sociais e o encaminhamento das pessoas egressas do sistema prisional.

4.7 – SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL (OU CONGÊNERE)

4.7.1 – Atuar de forma preventiva e interventiva no fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários de pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei em todos os municípios do estado através dos serviços dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

4.7.2 – Orientar, encaminhar e garantir o acesso aos programas, projetos, serviços e benefícios disponíveis no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), bem como a inclusão em outras políticas públicas de acordo com as necessidades das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

4.7.3 – Ampliar a oferta e o acesso a políticas e programas habitacionais, moradias assistidas, unidades de acolhimento institucional, casas de apoio, aluguel social, famílias acolhedoras, pensões comunitárias, entre outros, às pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei, com atenção prioritária para os casos de ausência da família, de impossibilidade de retorno ao convívio familiar ou de núcleo familiar sem moradia.

4.7.4 – Apoiar o processo de desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei, de acordo com o PTS de cada pessoa, facilitando a interlocução da unidade com os municípios, quando necessário.

4.7.5 – Apoiar o mapeamento de potenciais pessoas beneficiárias do BPC e outros benefícios socioassistenciais pertinentes, bem como programas e serviços elegíveis à população em questão.

4.7.6 – Estabelecer protocolos de colaboração entre a rede de proteção social e o Escritório Social ou outro serviço de atenção às pessoas egressas do sistema prisional para garantir o acesso e acompanhamento de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei egressas e suas famílias.

4.7.7 – Fomentar, promover e participar de ações de educação permanente em direitos humanos, saúde mental e políticas penais junto aos quadros da assistência social, em consonância com a Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

4.8 – DA SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA (OU CONGÊNERE)

4.8.1 – Estabelecer a obrigatoriedade de os agentes de segurança pública se comunicarem com

profissionais de saúde tão logo estejam abordando pessoas em aparente crise psíquica, inclusive decorrente de uso abusivo de drogas

4.8.2 – Promover ações de educação permanente em direitos humanos, saúde mental e políticas penais junto a agentes de segurança pública, em consonância com a Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

4.9 – DO CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

4.9.1 – Atuar junto às coordenações municipais de saúde para a criação de agenda de trabalho compartilhado em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde e os atores do CEIMPA/XX e profissionais que participem do processo de desinstitucionalização.

4.9.2 – Atuar para a sensibilização, estímulo e orientação de gestores municipais de saúde para a implantação de equipamentos, programas e serviços da RAPS e demais redes de saúde.

4.9.3 – Articular, com a Secretaria de Estado da Saúde, através da Educação Permanente no SUS, a promoção de processos formativos junto aos gestores e trabalhadores acerca da Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

4.10 – DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO

4.10.1 – Acionar o CEIMPA/XX, a EAP e equipes multidisciplinares do Tribunal de Justiça nos casos em que se suspeite da presença de custodiado com transtorno mental ou deficiência psicossocial, associado ou não às necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

4.10.2 – Promover ações de educação permanente em direitos humanos, saúde mental e políticas penais junto a defensores públicos e demais servidores da instituição, em consonância com a Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

4.11 – DO MINISTÉRIO PÚBLICO

4.11.1 – Acionar o CEIMPA/XX, a EAP e equipes multidisciplinares do Tribunal de Justiça nos casos em que se suspeite da presença de custodiado com transtorno mental ou deficiência psicossocial, associado ou não às necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

4.11.2 – Promover ações de educação permanente em direitos humanos, saúde mental e políticas penais junto a defensores públicos e demais servidores da instituição, em consonância com a Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

CLÁUSULA QUINTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS E MATERIAIS

5.1 – O presente termo não implicará repasse de recursos financeiros, todavia poderão ser celebrados outros instrumentos de cooperação necessários à realização dos objetivos pretendidos.

CLÁUSULA SEXTA – DA VIGÊNCIA E DO ENCERRAMENTO

6.1 – O presente Termo de Cooperação entrará em vigor na data da sua assinatura e vigorará por prazo indeterminado, ficando assegurados o prosseguimento e a conclusão dos trabalhos em curso, salvo decisão em contrário informada por escrito e acordada pelas partes.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS ADITAMENTOS

7.1 – Este Convênio poderá, a qualquer tempo, ser alterado por meio de termo aditivo, firmado por todas as entidades.

CLÁUSULA OITAVA – DOS CONVÊNIOS DE ADESÃO

8.1 – Municípios que tenham interesse em aderir à Política Antimanicomial do Poder Judiciário poderão fazê-lo por meio de Termo de Convênio a ser firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde de XX.

CLÁUSULA NONA – DO FORO

9.1 – Não haverá estabelecimento de foro. Eventuais dúvidas ou controvérsias oriundas deste instrumento serão dirimidas em comum acordo pelos partícipes.

CLÁUSULA DÉCIMA – DOS PRAZOS

10.1 – No prazo de pelo menos 30 dias contados da assinatura desta Cooperação, serão iniciados os trabalhos previstos no Plano de Trabalho e no Plano Estadual e Distrital de Implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, em consonância com o Plano Nacional correspondente.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA PUBLICIDADE

11.1 – O extrato do presente instrumento deverá ser publicado no Diário Oficial do Estado, sob a responsabilidade do Tribunal de Justiça e da Secretaria de Estado da Saúde.

Assim ajustadas, as partes firmam o presente Termo de Cooperação, em XX vias de igual teor e forma.

Cidade, Estado, XX de XXXX de 202X.

Presidente do Tribunal de Justiça do Estado de XX

Coordenador Estadual do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Medidas Socioeducativas

Secretário de Estado da Saúde de XX

Secretário de Estado da Administração Penitenciária de XX

Secretário de Estado do Desenvolvimento e Assistência Social de XX

Defensor Público Geral

Procurador-Geral de Justiça

Presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de XX

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

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

ASSIS, Daniel Adolpho Daltin. **Justiça, psiquiatria e outras drogas: instituições fissuradas pelo manicomio judiciário**. 257 f. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Um dispositivo conector** – relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. *In* Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano. 2010; 20 (1): 116- 128. Disponível em <<http://pepsic.bvsa-lud.org/pdf/rbcdh/v20n1/16.pdf>>. Acesso em 20 mar.2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Nota técnica** – Instituição de Fundos Municipais para Políticas Penais Alternativas Penais, Atenção a Pessoas Egressas, Desinstitucionalização e Conselhos da Comunidade. Conselho Nacional de Justiça e Confederação Nacional de Municípios. Disponível em https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/05/nota_tecnica_fundos_municipais_politicas_penais.pdf. Acesso em 22 mar. 2022.

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Projeto Rede Justiça Restaurativa: possibilidades e práticas nos sistemas criminal e socioeducativo** / Conselho Nacional de Justiça ... [et al.]; coordenação de Luís Geraldo Sant’Ana Lanfredi et al. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p. Disponível em <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>. Acesso em 20 mar. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. 1. Ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8.** Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994.

_____. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

_____. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial: relatório final.** Brasília, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2011.

CAETANO, Haroldo. **Loucos por Liberdade: direito penal e loucura.** Goiânia: Escolar Editora, 2019.

CORRÊA, Luís Fernando Nigro. **A convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência no ordenamento jurídico brasileiro.** 280f. Tese (Doutorado em Direito). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Enterrando o Manicômio Judiciário: contribuições da Reforma Psiquiátrica brasileira para a garantia do direito à saúde das pessoas em sofrimento mental autoras de delito.** In: CORREIA, L. C. PASSOS, R. G. Dimensão Jurídico Política da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Limites e Possibilidades. Rio de Janeiro: Gramma, p. 79-107, 2017.

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

MECLER, Kátia. Periculosidade: Evolução e aplicação do conceito. In: **Rev. Bras. Crescimento e Desenvolvimento Humano.** 2010; 20 (1): 70-82.

OLIVEIRA, Patrícia Fonseca Carlos Magno. **Nas Trincheiras da Luta Antimanicomial: uma sistematização da experiência da Defensoria Pública nos manicômios judiciais do Rio de Janeiro.** 719 f. Tese (Doutorado em Direito). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020.** Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2013.

_____. **Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2022.

PARAÍBA. **Resolução CIB-PB n. 19, de 2 de março de 2021**. Aprova o Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei do Estado da Paraíba. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/consultas/resolucoes-cib/ResoluoCIBN19.PDF>.

PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO. Ministério Público Federal. **Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei n. 10.216/2001**. Brasília: PFDC, 2011.

ROTELLI, Franco; DE LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização, uma outra via**. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-60.

SILVA, Martinho Braga Batista. Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental** (Impresso), v. VIII, p. 303-321, 2005.

FICHA TÉCNICA

Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF/CNJ)

Juízes auxiliares da Presidência

Luís Geraldo Sant'Ana Lanfredi (Coordenador); Edinaldo César Santos Junior; João Felipe Menezes Lopes; Jônatas dos Santos Andrade; Karen Luise Vilanova Batista de Souza

Equipe

Alcineide Moreira Cordeiro; Alessandra Amâncio; Alexandre Padula Jannuzzi; Alisson Alves Martins; Ana Clara Rodrigues da Silva; Anália Fernandes de Barros; Andrea Vaz de Souza Perdigão; Ane Ferrari Ramos Cajado; Camila Curado Pietrobelli; Camilo Pinho da Silva; Carolina Castelo Branco Cooper; Caroline Xavier Tassara; Carolini Carvalho Oliveira; Danielle Trindade Torres; Emmanuel de Almeida Marques Santos; Flavia Cristina Piovesan; Helen dos Santos Reis; Jehn Tupinambá Karipuna Monteiro; Jessica Sales Lemes; Joaquim Carvalho Filho; João Pedro Figueiredo dos Reis; Joseane Soares da Costa Oliveira; Karla Cariz Barreira Teodosio; Karla Marcovecchio Pati; Larissa Lima de Matos; Liana Lisboa Correia; Lino Comelli Junior; Luiz Victor do Espírito Santo Silva; Mariana Py Muniz; Melina Machado Miranda; Nayara Teixeira Magalhães; Natália Faria Resende Castro; Renata Chiarinelli Laurino; Roberta Beijo Duarte; Saôry Txeska Araújo Ferraz; Sirlene Araujo da Rocha Souza; Thais Gomes Ferreira; Valter dos Santos Soares; Wesley Oliveira Cavalcante

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)

Representante-Residente Assistente e Coordenadora da Área Programática: Maristela Baioni

Coordenadora da Unidade de Paz e Governança: Moema Freire

Unidade de Gestão de Projetos (UGP)

Gehysa Lago Garcia; Mayara Sena; Michelle Souza; Paula Bahia Gontijo; Thais de Castro de Barros; Thessa Carvalho;

Equipe Técnica

Coordenação-Geral

Valdirene Daufemback; Talles Andrade de Souza; Adrianna Figueiredo Soares da Silva; Alisson Alves Martins; Alexandre Lovatini Filho; Amanda Pacheco Santos; Ana Virgínia Cardoso; Anália Fernandes de Barros; André Zanetic; Apoena de Alencar Araripe Pinheiro; Bernardo da Rosa Costa; Bruna Milanez Nascimento; Bruna Nowak; Edson Orivaldo Lessa Júnior; Erineia Vieira Silva; Fernanda Coelho Ramos; Phillipe de Freitas Campos; Francisco Jorge H. Pereira de Oliveira; Gustavo Augusto Ribeiro Rocha; Gustavo Carvalho Bernardes; Gustavo Coimbra; Isabelle Cristine Rodrigues Magalhães; Isis Capistrano; Jamil Oliveira de Souza Silva; José Lucas Rodrigues Azevedo; Karla Bento Luz; Klícia de Jesus Oliveira; Leonam Francisco Toloto Bernardo; Leonardo Sangali Barone; Lidia Cristina Silva Barbosa; Lidiani Fadel Bueno; Liliane Silva; Lívia Dias Jacome Reis; Lívia Soares Jardim; Luciana da Silva Melo; Marcela Elena Silva de Moraes; Mariana Cristina Zampieri; Mayara Miranda; Mário Henrique Ditticio; Midiã Noelle Santos de Santana; Natália Caruso Theodoro Ribeiro; Nataly Pereira Costa; Natasha Holanda Cruz; Neylanda de Souza Cruz; Paulo Henrique Barros de Almeida; Pedro Zavitoski Malavolta; Polliana Andrade e Alencar; Renata Alyne de Carvalho; Renata de Assumpção Araújo; Semilla Dalla Lasta de Oliveira; Sérgio Coletto; Thandara de Camargo Santos; Valter dos Santos Soares; Vivian Delácio Coelho; Wallysson José Fernandes Júnior; Walter Vieira Sarmiento Júnior; Wesley Alberto Marra; Yasmin Batista Peres

Eixo 1

Fabiana de Lima Leite; Janaina Homerin; Izabella Lacerda Pimenta; Julia Faustina Abad; Priscila Coelho; Manuela Abath Valença; Zuleica de Araújo

Eixo 2

Fernanda Machado Givisiez; Nadja Furtado Bortolotti; Eduarda Lorena de Almeida; Dillyane de Sousa Ribeiro; Iasmim Baima Reis; Sara de Souza Campos

Eixo 3

Felipe Athayde Lins de Melo; Pollyanna Bezerra Lima Alves; Francine Machado de Paula; Ítalo Barbosa Lima Siqueira; Natália Ribeiro; Sandra Regina Cabral de Andrade; Mariana Nicolau Oliveira; Olívia Maria de Almeida

Eixo 4

Alexander Cambraia N. Vaz; Alexandra Costa; Hely Firmino de Sousa; Virgínia Bezerra Bettega Popiel; Vivian Murbach Coutinho; Alef Batista Ferreira; Alexandre Oliveira Silva; Alison Adalberto Batista; Alisson Lopes de Sousa Freitas; Amanda Sanches Daltro de Carvalho; Ana Rita Reis e Rocha; Anderson Paradelas R. Figueiredo; André Moreira; Andréa Letícia Carvalho Guimarães; ngela Christina Oliveira Paixão; ngela Cristina Rodrigues; Angélica Leite de Oliveira Santos; Antônio Rodrigues Pinto Jr. ; Áulus Diniz Barros; Benício Ribeiro da Paixão; Carlos Augusto Gurgel de Sousa; Clara Brigitte Rodrigues Monteiro; Cledson Alves Junior; Cleide Cristiane da Silva; Cristiano Nascimento Pena; Denys de Sousa Gonçalves; Edilene Ferreira Beltrão; Elaine Venâncio Santos; Elenilson Chiarapa; Felipe Carolino Machado; Fernanda de Souza Carvalho Oliveira; Fernanda Rocha Falcão Santos; Flávia Franco Silveira; Gildo Joaquim de Alves de A. Rêgo; Gustavo Ferraz Sales Carneiro; Heiner de Almeida Ramos; Humberto Adão de Castro Júnior; Jean Carillo Jardim Costa; Jeferson da Silva Rodrigues; Jéssika Braga Petrílio Lima; João Batista Martins; Jorge Lopes da Silva; Josiane do Carmo Silva; Jucinei Pereira dos Santos Júnior; Leandro Souza Celes; Leonardo dos Reis Aragão; Leonardo Lucas Ribeiro; Lian Carvalho Siqueira; Lidiani Fadel Bueno; Ligiane Fernanda Gabriel; Luciana Gonçalves Chaves; Lunna Luz Costa; Marcel Phillipe Fonseca; Marcelo de Oliveira Saraiva; Marcelo Pinheiro Chaves; Marcelo Ramillo; Maria Tereza Alves; Martina Bitencourt; Martina Hummes Bitencourt; Matias Severino Ribeiro Neto; Moacir Chaves Borges; Neidijane Loiola Neto; Patrícia Castilho da Silva Ciocari; Paulo Henrique Barros de Almeida; Rafael Ramos; Raquel Almeida Oliveira Yoshida; Régis Paiva; Reryka Rubia Silva; Roberto Marinho Amado; Rodrigo de Santis Vieira; Rodrigo Louback Adame; Roger Araújo Gonçalves Ferreira; Rogerio Martins de Santana; Rose Marie Santana Silva; Simone Rodrigues Levenhagem; Tamiz Lima Oliveira; Tarcia de Brito; Thais Barbosa Passos; Torquato Barbosa de Lima; Valessio Soares de Brito; Vanessa Branco; Wellington Fragoso de Lira; Yuri Bispo

Coordenações Estaduais

Adriana Raquel (GO); Camila Belinaso (RS); Cláudia Gouveia (MA); Daniela Bezerra Rodrigues (RN); Daniele Rebouças (MT); Fernanda Nazaré Almeida (PA); Flávia Ziliotto (PR); Higor Cataldo (AP); Isabela Cunha (SE); Jackeline Freire Florêncio (PE); Jaira Magalhães (RR); Juliana Marques Resende (MS); Luanna Marley (AM); Lucas Pereira de Miranda (MG); Lucilene Mol (ES); Mariana Cavalcante de Moura (PI); Mariana Leiras (RJ); Pâmela Dias Villela Alves (AC); Thabada Almeida (PB)

PRODUTOS DE CONHECIMENTO

Publicações editadas nas séries Fazendo Justiça e Justiça Presente

PROPORCIONALIDADE PENAL (EIXO 1)

Coleção Alternativas Penais

- Manual de Gestão para as Alternativas Penais
- Guia de Formação em Alternativas Penais I – Postulados, Princípios e Diretrizes para a Política de Alternativas Penais no Brasil
- Guia de Formação em Alternativas Penais II – Justiça Restaurativa
- Guia de Formação em Alternativas Penais III – Medidas Cautelares Diversas da Prisão
- Guia de Formação em Alternativas Penais IV – Transação Penal, Penas Restritivas de Direito, Suspensão Condicional do Processo e Suspensão Condicional da Pena Privativa de Liberdade
- Guia de Formação em Alternativas Penais V - Medidas Protetivas de Urgência e demais ações de Responsabilização para Homens Autores de Violências Contra as Mulheres
- Diagnóstico sobre as Varas Especializadas em Alternativas Penais no Brasil
- Levantamento Nacional Sobre a Atuação dos Serviços de Alternativas Penais no Contexto da Covid-19
- 3º Fórum Nacional de Alternativas Penais (FONAPE) - Encarceramento em Massa e Alternativas à Prisão: 30 anos das Regras de Tóquio das Nações Unidas

Coleção Monitoração Eletrônica

- Modelo de Gestão para Monitoração Eletrônica de Pessoas (tradução para inglês e espanhol)
- Monitoração Eletrônica de Pessoas: Informativo para os Órgãos de Segurança Pública (tradução para inglês e espanhol)
- Monitoração Eletrônica de Pessoas: Informativo para a Rede de Políticas de Proteção Social (tradução para inglês e espanhol)
- Monitoração Eletrônica de Pessoas: Informativo para o Sistema de Justiça (tradução para inglês e espanhol)
- Monitoração Eletrônica Criminal: evidências e leituras sobre a política no Brasil
- Sumário Executivo Monitoração Eletrônica Criminal: evidências e leituras sobre a política no Brasil

Coleção Fortalecimento da Audiência de Custódia

- Manual sobre Tomada de Decisão na Audiência de Custódia: Parâmetros Gerais (sumários executivos em português / inglês / espanhol)
- Manual sobre Tomada de Decisão na Audiência de Custódia: Parâmetros para Crimes e Perfis Específicos
- Manual de Proteção Social na Audiência de Custódia: Parâmetros para o Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada (sumários executivos em português / inglês / espanhol)
- Manual de Prevenção e Combate à Tortura e Maus Tratos na Audiência de Custódia (sumários executivos em português / inglês / espanhol)
- Manual sobre Algemas e outros Instrumentos de Contenção em Audiências Judiciais: Orientações práticas para implementação da Súmula Vinculante n. 11 do STF pela magistratura

e Tribunais (Handbook on Handcuffs and Other Instruments of Restraint in Court Hearings) (sumários executivos – português / inglês / espanhol)

- Caderno de Dados I – Dados Gerais sobre a Prisão em Flagrante durante a Pandemia de Covid-19
- Cadernos de Dados II – Covid-19: Análise do Auto de Prisão em Flagrante e Ações Institucionais Preventivas
- Manual de Arquitetura Judiciária para a Audiência de Custódia

Coleção Central de Regulação de Vagas

- Central de Regulação de Vagas: Manual para a Gestão da Lotação Prisional
- Folder Central de Regulação de Vagas

Materiais informativos

- Cartilha Audiência de Custódia: Informações Importantes para a Pessoa Presa e Familiares
- Relatório Audiência de Custódia: 6 Anos

UNODC: Manuais de Justiça Criminal – Traduções para o português

- Manual de Princípios Básicos e Práticas Promissoras sobre Alternativas à Prisão
- Manual sobre Programas de Justiça Restaurativa

SOCIOEDUCATIVO (EIXO 2)

- Caderno I – Diretrizes e Bases do Programa – Guia para Programa de Acompanhamento a Adolescentes Pós-cumprimento de Medida Socioeducativa de Restrição e Privação de Liberdade
- Caderno II – Governança e Arquitetura Institucional – Guia para Programa de acompanhamento a adolescentes pós-cumprimento de medida socioeducativa de restrição e privação de liberdade
- Caderno III – Orientações e Abordagens Metodológicas – Guia para Programa de acompanhamento a adolescentes pós-cumprimento de medida socioeducativa de restrição e privação de liberdade
- Reentradas e Reiteraões Infracionais: Um Olhar sobre os Sistemas Socioeducativo e Prisional Brasileiros
- Manual sobre Audiências Concentradas para Reavaliação das Medidas Socioeducativas de Semiliberdade e Internação
- Manual Resolução CNJ 367/2021 – A Central de Vagas do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo
- Manual para Incidência da Temática do Tráfico de Drogas como uma das Piores Formas de Trabalho Infantil
- Manual Recomendação nº 87/2021 – Atendimento inicial e integrado a adolescente a quem se atribua a prática de ato infracional
- Manual para Incidência da Temática do Tráfico de Drogas como uma das Piores Formas de Trabalho Infantil
- Manual Resolução CNJ 77/2009 – Inspeções Judiciais em unidades de atendimento socioeducativo
- Manual de Orientação Técnica para Preenchimento do Cadastro Nacional de Inspeção em Unidades e Programas Socioeducativos

- Guia para Preenchimento do Cadastro Nacional de Inspeção em Unidades e Programas Socioeducativas (Cniups) - (Meio Fechado)
- Guia sobre orçamento público e captação de recursos na política estadual de atendimento socioeducativo
- Sumário Executivo – Guia sobre orçamento público e captação de recursos na política estadual de atendimento socioeducativo

CIDADANIA (EIXO 3)

Coleção Política para Pessoas Egressas

- Política Nacional de Atenção às Pessoas Egressas do Sistema Prisional
- Caderno de Gestão dos Escritórios Sociais I: Guia para Aplicação da Metodologia de Mobilização de Pessoas Pré-Egressas
- Caderno de Gestão dos Escritórios Sociais II: Metodologia para Singularização do Atendimento a Pessoas em Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional
- Caderno de Gestão dos Escritórios Sociais III: Manual de Gestão e Funcionamento dos Escritórios Sociais
- Começar de Novo e Escritório Social: Estratégia de Convergência
- Guia para monitoramento dos Escritórios Sociais
- Manual de organização dos processos formativos para a política nacional de atenção às pessoas egressas do sistema prisional
- Caderno de Gestão dos Escritórios Sociais IV: Metodologia de Enfrentamento ao Estigma e Plano de Trabalho para sua Implantação
- Guia Prático de Implementação da Rede de Atenção à Pessoa Egressa do Sistema Prisional – Raesp

Coleção Política Prisional

- Modelo de Gestão da Política Prisional – Caderno I: Fundamentos Conceituais e Princípios
- Modelo de Gestão da Política Prisional – Caderno II: Arquitetura Organizacional e Funcionalidades
- Modelo de Gestão da Política Prisional – Caderno III: Competências e Práticas Específicas de Administração Penitenciária
- Diagnóstico de Arranjos Institucionais e Proposta de Protocolos para Execução de Políticas Públicas em Prisões
- Os Conselhos da Comunidade no Brasil

Coleção Políticas de Promoção da Cidadania

- Cartilha de direitos das pessoas privadas de liberdade e egressas do sistema prisional

SISTEMAS E IDENTIFICAÇÃO CIVIL (EIXO 4)

- Manual de instalação e configuração do software para coleta de biometrias – versão 12.0
- Manual de Identificação Civil e Coleta Biométrica
- Manual de Identificação Civil e Coleta Biométrica nas Unidades Prisionais
- Folder Documento Já!
- Guia On-line com Documentação Técnica e de Manuseio do SEEU

GESTÃO E TEMAS TRANSVERSAIS (EIXO 5)

- Manual Resolução nº 287/2019 – Procedimentos Relativos a Pessoas Indígenas Acusadas, Réis, Condenadas ou Privadas de Liberdade
- Relatório Mutirão Carcerário Eletrônico – 1ª Edição Espírito Santo
- Relatório de Monitoramento da Covid-19 e da Recomendação 62/CNJ nos Sistemas Penitenciário e de Medidas Socioeducativas I
- Relatório de Monitoramento da Covid-19 e da Recomendação 62/CNJ nos Sistemas Penitenciário e de Medidas Socioeducativas II
- Manual Resolução nº 348/2020 – Procedimentos relativos a pessoas LGBTI acusadas, réis, condenadas ou privadas de liberdade
- Relatório Calculando Custos Prisionais – Panorama Nacional e Avanços Necessários
- Manual Resolução nº 369/2021 – Substituição da privação de liberdade de gestantes, mães, pais e responsáveis por crianças e pessoas com deficiência
- Projeto Rede Justiça Restaurativa – Possibilidades e práticas nos sistemas criminal e socioeducativo
- Pessoas migrantes nos sistemas penal e socioeducativo: orientações para a implementação da Resolução CNJ nº 4052021
- Comitês de Políticas Penais – Guia prático para implantação
- Diálogos Polícias e Judiciário – Diligências investigativas que demandam autorização judicial
- Diálogos Polícias e Judiciário – Incidências do Poder Judiciário na responsabilização de autores de crimes de homicídio: possibilidades de aprimoramento
- Diálogos Polícias e Judiciário – Participação de profissionais de segurança pública em audiências judiciais na condição de testemunhas
- Diálogos Polícias e Judiciário – Perícia Criminal para Magistrados
- Diálogos Polícias e Judiciário – Folder Alternativas Penais: medidas cautelares diversas da prisão
- Diálogos Polícias e Judiciário – Folder Alternativas Penais: penas restritivas de direitos, suspensão condicional do processo e suspensão condicional da pena
- Diálogos Polícias e Judiciário – Folder A Lei Maria da Penha e as medidas protetivas de urgência
- Diálogos Polícias e Judiciário – Folder Monitoração Eletrônica
- Pessoas LGBTI no Sistema Penal – Cartilha para implementação da Resolução CNJ 348/2020
- Pessoas LGBTI no Sistema Socioeducativo – Cartilha para implementação da Resolução CNJ 348/2020
- Informe – O sistema prisional brasileiro fora da Constituição 5 anos depois: Balanço e projeções a partir do julgamento da ADPF 347
- Informe – Transformando o Estado de Coisas Inconstitucional nas Prisões Brasileiras: Caminhos e avanços a partir do julgamento cautelar da ADPF 347
- Fazendo Justiça – Conheça histórias com impactos reais promovidos pelo programa no contexto da privação de liberdade (traduções – inglês / espanhol)
- Caderno de orientações técnicas para o mutirão processual penal 2023
- Manual Legislação de Proteção de Dados Pessoais – Plataforma Socioeducativa



Acesse o código QR
e conheça outras
publicações do Programa
Fazendo Justiça



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO



CNU CONSELHO
NACIONAL
DE JUSTIÇA



FAZENDO JUSTIÇA

