

Cuidado, Território e Direitos

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



Cuidado, Território e Direitos

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



2026 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do

Ministério da Saúde: bvsm.sau.gov.br.

1ª edição – 2026 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
Coordenação Geral de Atenção Psicossocial
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Ed. Sede, 9º andar, ala sul
CEP: 70058-900 – Brasília-DF
Tel.: (61) 3315-9144
Site: <https://www.gov.br/sau/pt-br/composicao/Saes/Desmad>
E-mail: saudemental@saude.gov.br

Coordenação:

Adriane Wollmann
Marcelo Kimati Dias
Marden Marques Soares Filho

Elaboração de texto:

Amélia Belisa Moutinho da Ponte
Ana Paula Luna de Sá
Carla Ulhoa André
Darllen Quellen Rodrigues da Silva de Melo
David dos Anjos Diniz
Diana Oliveira da Silva
Francismara Gomes de Sousa
Glacy Daiane Barbosa Calassa
Helenilva Custódio de Melo
Ícaro Tavares Borges
Júlia Chaves do Nascimento
Katia de Paiva
Ludmilla Castro Malta
Marden Marques Soares Filho
Raquel Cleide da Mota Carvalho
Renato Luiz Gonçalves de Oliveira
Rosa Maria dos Santos Sousa Rodrigues
Suelen d'Andrada Cruz
Tereza Cristina Vidal de Negreiros Moura Tenório
Walessa Bentes de Almeida

Revisão técnica e colaboração:

Adriane Wollmann
Bruno Ferrari Emerich
Caroline Ballan
Clarissa Paranhos Guedes
Daniel Adolpho Daltin Assis
Fernanda Rodrigues da Guia
Gabriella de Andrade Boska
Jamile dos Santos Carvalho
João Mendes de Lima Junior
Marcelo Kimati Dias
Melina Machado Miranda
Natália Ramos da Silva
Nathália Naldoni
Rodrigo Fernando Presotto
Taia Duarte Mota
Vinicius Batista Vieira

Ilustração da capa:

Stael de Mello (autorizado para publicação institucional do Desmad/Saes/MS)

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Ed. Anexo, 3º andar, sala 333-A
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7791
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Delano de Aquino Silva
Revisão textual: Laíza Foizer Filgueira
Design editorial: Yves Levi

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica.

Cuidado, território e direitos: orientações à Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinst) [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2026.

98 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_territorio_direitos_orientacoes.pdf

ISBN 978-85-334-3002-0

1. Assistência à Saúde Mental. 2. Terapêutica. 3. Política de Saúde. I. Título.

CDU 614.2

Catálogo na fonte – Bibliotecário: Delano de Aquino Silva – CRB 1/1993 – Editora MS/CGDI – OS 2026/0294

Título para indexação:

Care, Territory, and Rights: Guidance for the Team for the Assessment and Monitoring of Therapeutic Measures Applicable to Persons with Mental Disorders in Conflict with the Law (EAP-Desinst)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A

Apec - Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada

ATP-EP - Alas de Tratamento Psiquiátricas em Estabelecimentos Penais

B

BPC - Benefício de Prestação Continuada

C

CadÚnico - Cadastro Único

Caps AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

Caps - Centros de Atenção Psicossocial

CDPD - Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

CeCo – Centro de Convivência

Ceimpa - Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário

CID - Código Internacional de Doenças

CIT - Comissões Intergestores Tripartite

Cnas - Conselho Nacional de Assistência Social

CNDH - Conselho Nacional de Direitos Humanos

Cnes - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNJ - Conselho Nacional de Justiça

Conasems - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

Conass - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

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

Cras - Centro de Referência de Assistência Social

Creas - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

D

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

E

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

G

GMF - Grupos de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário

GT - Grupo de Trabalho

H

HCTP - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

I

IFBrM - Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado

ILPI - Serviço de Acolhimento

Institucional para Pessoas Idosas

L

LBI - Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência

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

Loas - Lei Orgânica da Assistência Social

M

MDHC - Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania

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

MJSP - Ministério da Justiça e Segurança Pública

MS - Ministério da Saúde

O

OMS - Organização Mundial da Saúde

P

PBF - Programa Bolsa Família

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

Pnas - Política Nacional de Assistência Social

PTS - Projeto Terapêutico Singular

PVC - Programa De Volta Para Casa

R

Raps - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Redes de Atenção à Saúde

S

Saes - Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

Saips - Sistema de Apoio à Implementação de Política em Saúde

Saps – Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Samu - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Senappen - Secretaria Nacional de Políticas Penais

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

STF - Supremo Tribunal Federal

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

U

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
INTRODUÇÃO	10
1 DEFINIÇÃO E COMPOSIÇÃO DA EQUIPE EAP-DESINST	13
1.1 Atribuições e Ações Multiprofissionais	15
2 AÇÕES DA EAP-DESINST	17
2.1 Porta de entrada do Sistema de Justiça Criminal, em articulação com equipes conectoras	21
2.2 Processo de desinstitucionalização	34
2.3 Projeto Terapêutico Singular (PTS)	41
2.4 Programa De Volta Para Casa (PVC) e Serviço Residencial Terapêutico (SRT)	48
2.4.1 Programa De Volta Para Casa	50
2.4.2 Serviço Residencial Terapêutico (SRT)	54
2.5 Sistema Único de Assistência Social (SUAS)	56
3 DESTINATÁRIOS DAS AÇÕES DAS EAP-DESINST	60
4 LIMITES TERRITORIAIS DE AÇÕES DAS EAP-DESINST	61
4.1 Articulação com outros estados para retorno aos territórios das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei	62
5 MATRICIAMENTO COM OS SERVIÇOS TERRITORIAIS	63
5.1 Articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS)	65
5.2 Articulação com a Atenção Especializada à Saúde Mental	65

5.3 Articulação com a rede de urgência e emergência	66
5.4 Articulação com outros segmentos e políticas públicas	68
6 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI	71
7 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS EAP-DESINST	73
7.1 Indicadores de monitoramento da EAP-Desinst	74
8 DIÁLOGOS COM OS INSTRUMENTOS DA EAP-DESINST	76
8.1 Sobre o envio dos relatórios ao Juízo	79
8.2 Monitoramento dos casos complexos	80
9 ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	82
10 CONCLUSÕES	84
REFERÊNCIAS	85
ANEXOS	89
Anexo A – Modelo de Avaliação Biopsicossocial Multiprofissional	89
Anexo B – Modelo de Ficha de Encaminhamento para EAP-Desinst	92
Anexo C – Modelo de Plano Terapêutico de Acompanhamento de Medida de Segurança (PTA)	94

APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que apresentamos o documento Cuidado, Território e Direitos: orientações à Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinst), instrumento orientador voltado ao fortalecimento do processo de desinstitucionalização e à consolidação do cuidado em liberdade no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Este material nasce em um momento estratégico para a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e para a implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, instituída pela Resolução CNJ n.º 487/2023. Essa agenda marca um salto civilizatório da sociedade brasileira e exige articulação permanente entre o sistema de justiça, o SUS, o SUAS e demais políticas públicas, reafirmando que pessoas com transtorno mental em conflito com a lei são sujeitos de direitos e devem ser cuidadas em liberdade, nos territórios, com dignidade, proteção social e acesso integral à Rede de Atenção Psicossocial.

A EAP-Desinst, integrada à Rede de Atenção Psicossocial por meio da Portaria GM/MS n.º 4.876/2024, representa um avanço fundamental na organização das respostas do SUS às medidas terapêuticas aplicáveis às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Sua atuação contribui para qualificar a interface entre saúde e justiça, apoiar as gestões estaduais e municipais, articular fluxos intersetoriais e sustentar processos de desinstitucionalização de pessoas historicamente submetidas a Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, alas psiquiátricas em estabelecimentos penais e espaços assemelhados.



Mais do que orientar o funcionamento de uma equipe, esta obra apresenta caminhos para a construção de práticas comprometidas com a superação da lógica manicomial e com a produção de cuidado territorial. Ao reunir diretrizes, atribuições, fluxos e referências para o trabalho das EAP-Desinst, busca-se apoiar as equipes na avaliação, no acompanhamento, na articulação de Projetos Terapêuticos Singulares e na construção de respostas compartilhadas entre a Rede de Atenção Psicossocial, o sistema de justiça e as políticas de proteção social.

Esse material foi desenvolvido de forma colaborativa, com a participação de representantes das Secretarias Estaduais de Saúde e de trabalhadoras e trabalhadores envolvidos diretamente com a agenda da desinstitucionalização. Essa construção coletiva expressa o reconhecimento de que a transformação do modelo de atenção não se faz de maneira isolada, mas por meio da cooperação federativa, da escuta dos territórios e do compromisso ético com os direitos humanos.

Estamos confiantes de que esse material contribuirá significativamente para o fortalecimento das EAP-Desinst, para a qualificação da Rede de Atenção Psicossocial e para a consolidação de uma política pública capaz de garantir cuidado, cidadania e liberdade às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Ministério da Saúde

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o Brasil tem avançado em medidas para transformar a forma como o Estado lida com as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, buscando superar o modelo hospitalocêntrico, de longa duração e de natureza segregadora. Essa transformação está alinhada aos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, consolidada pela Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, que estabelece a diretriz do cuidado em liberdade e orienta a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por serviços comunitários territorializados.

Tal transformação também está em consonância com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que estabelece que direitos humanos são garantias fundamentais inerentes a todos os seres humanos, sem distinção de raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição, visando assegurar a dignidade, a vida, a liberdade e a igualdade, abrangendo desde o direito à vida, à saúde e à educação até o direito à liberdade de expressão e ao trabalho.

Nesse contexto, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), historicamente caracterizados por internações prolongadas, condições precárias e violações de direitos, passaram a ser objeto de crescente crítica por parte de movimentos sociais, organismos internacionais e instituições públicas brasileiras. A crítica se fundamenta na constatação de que tais instituições reproduzem práticas manicomiais e carcerárias, em desacordo com as normas de direitos humanos e com a política de saúde mental brasileira.

A Resolução n.º 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), publicada em 15 de fevereiro de 2023, representa um marco nesse processo de transformação. Ela institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e reafirma o compromisso com os princípios da Lei 10.216/2001 e da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da qual o Brasil é signatário. A resolução estabelece prazos e diretrizes para o redirecionamento das medidas de segurança aplicáveis a esse público, que passam a ter como centro o cuidado, com foco na superação do modelo manicomial no sistema de justiça.

A efetiva implementação da Resolução n.º 487/2023 depende de forte articulação interinstitucional, envolvendo sobretudo o Poder Judiciário, a Secretaria Nacional de Políticas Penais do Ministério da Justiça e Segurança Pública, o Sistema Prisional, o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, o Sistema

de Justiça e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Para isso, foi firmado o Protocolo de Intenções n.º 01/2023 entre o CNJ e o Ministério da Saúde, com o objetivo de promover a cooperação entre as instituições para viabilizar a implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

Como parte desse esforço, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (Desmad) organizou Grupos de Trabalho com a participação das Coordenações Estaduais das Equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinst) e representantes indicados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). O objetivo desses grupos foi produzir subsídios técnicos para apoiar a atuação das EAP-Desinst e fortalecer a política de não institucionalização e desinstitucionalização.

O resultado desse trabalho coletivo é essa publicação da EAP-Desinst, que reúne diretrizes, princípios e instrumentos operacionais voltados à atuação dessas equipes nos estados e no Distrito Federal. A obra propõe-se a orientar a implementação de ações integradas entre saúde, justiça e assistência social, promovendo o cuidado em liberdade de forma ética, técnica e juridicamente fundamentada.

As EAP-Desinst têm um papel fundamental na articulação das respostas estatais às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, atuando na construção de planos terapêuticos singulares, no apoio às redes locais de atenção e no acompanhamento longitudinal dos casos. Para tanto, devem operar de forma integrada com a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), com os serviços socioassistenciais e com o sistema de justiça, evitando a fragmentação das ações e a manutenção de institucionalizações indevidas.

Esta obra oferece orientações práticas que abrangem desde a entrada da pessoa com transtorno mental no sistema de justiça criminal até a execução e o encerramento da medida de segurança. Além disso, apresenta instrumentos para diagnóstico situacional, mapeamento das redes locais e elaboração do Projeto Terapêutico Singular.

Ao estabelecer diretrizes para a atuação das EAP-Desinst, este documento reforça a imperiosa necessidade de prevenir quaisquer formas de transinstitucionalização, especialmente o encaminhamento de pessoas egressas dos HCTP para dispositivos com características prisionais, manicomiais ou asilares. Incluem-se, nesse contexto, comunidades terapêuticas, hospitais psiquiátricos, alas de tratamento psiquiátrico em estabelecimentos penais e outros espaços de confinamento que não assegurem o cuidado em liberdade.

Por fim, esse material da EAP-Desinst reafirma o compromisso do Ministério da Saúde com a consolidação de uma política pública de saúde mental orientada pela perspectiva dos direitos humanos, da equidade e da inclusão social. Trata-se de uma ferramenta estratégica para apoiar os estados no cumprimento das diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira, contribuindo para a construção de uma sociedade com mais justiça social.

1 DEFINIÇÃO E COMPOSIÇÃO DA EQUIPE EAP-DESINST

As Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinst), criadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), atuam como equipes de conexão, não sendo responsáveis pelo cuidado direto, que é atribuído aos serviços da rede. Suas atribuições, detalhadas no tópicos 1.1 a seguir, incluem a realização de um diagnóstico ampliado dessas pessoas, orientado por avaliações biopsicossociais, o mapeamento e a sensibilização de gestores e trabalhadores das redes do SUS e do SUAS para o acolhimento e acompanhamento, além de apoiar a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) em conjunto com os serviços dessas redes. Também fornecem subsídios ao Poder Judiciário, principalmente ao juiz ou à juíza da Execução Penal, por meio de instrumentos técnicos específicos da saúde, que serão sugeridos nos anexos desse material, contribuindo para o redirecionamento das medidas de segurança para o cuidado em liberdade. Esses subsídios são fornecidos com o intuito de avaliar a situação de saúde mental da pessoa, as vulnerabilidades e os recursos disponíveis, respeitando a autonomia das decisões judiciais e sem caráter pericial.

Em 18 de julho de 2024 foi publicada a Portaria GM/MS n.º 4.876 que alterou as Portarias de Consolidação GM/MS n.º 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinst), no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) do Sistema Único de Saúde (SUS).

No Título VII, do Anexo V, da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 3, o Art. 100 estabelece que a Equipe EAP-Desinst deve cumprir uma carga horária mínima de 30 horas semanais, e deve ser composta por, no mínimo, cinco profissionais:

- Médico psiquiatra ou com experiência em saúde mental.
- Enfermeiro.
- Psicólogo.
- Assistente social.
- Um profissional com formação em ciências humanas, sociais ou da saúde.

Além disso, essa portaria determina que a equipe deve adotar como parâmetro o acompanhamento de 80 pessoas, garantindo que o processo de acompanhamento,

seja para evitar a institucionalização, seja voltada à desinstitucionalização, receba a devida atenção e suporte técnico necessário para sua execução.

Já a Portaria Saes/MS n.º 2.070, de 4 de setembro de 2024, estabeleceu as regras específicas para o registro e o funcionamento das EAP-Desinst. Inclui os códigos de procedimentos relacionados a essas equipes na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS, assegurando formalmente sua integração nos sistemas de informação em saúde, ferramentas importantes para o monitoramento da equipe pelo governo federal. Essa portaria definiu os parâmetros para o registro das equipes e a inclusão de um procedimento específico na tabela do SUS; ademais, é a norma que baliza administrativamente as atividades das EAP-Desinst e define o custeio mensal por parte do Ministério da Saúde.

O Anexo I da Portaria Saes/MS n.º 2.070/2024 detalha a classificação do serviço como sendo de Atenção Psicossocial, com a especificação da atuação das equipes na área de Desinstitucionalização de Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei. Também são definidas as ocupações mínimas exigidas para a composição das equipes, com base na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), ampliando a flexibilidade na composição das equipes ao permitir a utilização de profissionais de famílias CBO correlatas.

A composição da EAP-Desinst reflete a importância do trabalho multiprofissional para garantir uma abordagem integral. A integração dessas diferentes especialidades permite que o acompanhamento seja abrangente, contemplando tanto os aspectos clínicos quanto os sociais e psicológicos, e que as ações terapêuticas sejam implementadas de forma coordenada, de modo a garantir o melhor resultado possível no processo de direcionamento das pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei para o tratamento adequado e de desinstitucionalização, quando for o caso, e, conseqüentemente, de reabilitação psicossocial.

É imprescindível destacar que a EAP-Desinst deve ser instalada em espaços que favoreçam sua plena integração com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e estejam alinhados aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo sua natureza sanitária e sua finalidade precípua de desinstitucionalização. Nos termos da Portaria GM/MS n.º 4.876, de 18 de julho de 2024, a coordenação da equipe é de responsabilidade do gestor estadual ou distrital de saúde, sendo vedada sua instalação em ambientes com características prisionais, asilares ou manicomiais. Da mesma forma, recomenda-se

que não seja instalada no âmbito do Poder Judiciário, a fim de evitar possíveis desvios de finalidade e interferências em sua autonomia técnica, preservando seu papel como dispositivo de saúde voltado à produção do cuidado em liberdade.

Adicionalmente, a localização institucional da EAP-Desinst deve assegurar sua autonomia funcional, sua vinculação orgânica com os equipamentos da Raps e sua atuação integrada às políticas públicas de saúde mental. Nesse sentido, recomenda-se que a equipe seja cadastrada e funcione preferencialmente na Secretaria Estadual de Saúde ou em serviços vinculados à Rede de Atenção Psicossocial, conforme disposto na Portaria Saes/MS n.º 2.070/2024, podendo estar associada a Unidades de Atenção Psicossocial ou a estruturas de gestão em saúde. Tal organização contribui para evitar a sobreposição de funções com outras equipes e dispositivos que atuam na interface saúde-justiça, bem como o excesso de avaliações e intervenções desnecessárias na porta de entrada, promovendo o uso racional, otimizado e eficiente dos recursos humanos e institucionais disponíveis.

1.1 Atribuições e Ações Multiprofissionais

Antes de entrar nas atribuições propriamente ditas, é importante reforçar que a EAP-Desinst não tem a função de ofertar cuidado ou assistência direta às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Sua principal atribuição é atuar como uma conexão estratégica entre os sistemas de justiça, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), facilitando o acesso e a articulação desses serviços para garantir o cuidado em liberdade. A EAP-Desinst realiza avaliações diagnósticas e elabora proposições terapêuticas, orientando as redes de cuidado e apoiando na implementação de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), promovendo o cuidado em liberdade, sempre em consonância com os princípios da desinstitucionalização e da política antimanicomial.

No contexto da Portaria GM/MS n.º 4.876/2024, que regulamenta a composição da Equipe EAP-Desinst, cada profissional contribui com sua especificidade, o que é fundamental no processo de produção de documentos multiprofissionais para subsidiar decisões judiciais, assim como o apoio à elaboração do PTS junto aos serviços comunitários.

É fundamental que cada profissional selecionado para compor a EAP-Desinst possua experiência prévia no campo da Saúde Mental, especificamente com atuação na Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Essa experiência é essencial para garantir que

os profissionais compreendam os princípios e diretrizes da política de saúde mental e da luta antimanicomial, especialmente no que se refere à desinstitucionalização e ao cuidado em liberdade.

Todo profissional que integra a EAP-Desinst deve se fundamentar nos direitos humanos e na garantia de direitos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. É essencial que, além de suas competências técnicas, esses profissionais atuem com base em princípios éticos de dignidade, respeito e justiça social, assegurando que as propostas de cuidado e reintegração estejam sempre em conformidade com os direitos humanos, orientando cada decisão e ação da equipe, visando a não institucionalização, à desinstitucionalização, ao protagonismo e ao fortalecimento da cidadania dessas pessoas, em consonância com os princípios da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e as normativas de saúde pública.

Esses profissionais trabalham de maneira articulada, emitindo documentos multiprofissionais (modelos constantes nos anexos desse material) que integram suas análises técnicas, fornecendo um panorama amplo e detalhado que serve como subsídio para decisões judiciais. Dessa forma, garantem que os processos de acompanhamento sejam respaldados por avaliações técnicas multidisciplinares, refletindo as reais condições e necessidades de cada pessoa.

2 AÇÕES DA EAP-DESINST

Sabemos que a EAP-Desint tem a função de conectar ações e serviços diversos no entorno da proteção social dos indivíduos submetidos ao ciclo penal. Com especial enfoque no evitamento da entrada nas instituições manicomiais penais e urgente saída das mesmas, deve atuar, necessariamente, sob princípios que confrontam o clássico direito penal e colocam em evidência a contradição estabelecida entre os ditames legais antigos, mas que ainda sobrevivem à atual agenda de afirmação dos direitos humanos e as novas normas que os asseguram, incondicionalmente.

Entre as questões elementares que afrontam o cotidiano das EAP-Desint, temos a própria oposição entre a urgência do cuidado da medida de segurança de internação e a urgência do cuidado em saúde: enquanto, para os princípios da Saúde, a internação faz sentido somente no momento - e para manejar a crise -, a medida de segurança segue um rito processual que afasta o momento decisório de juízes do tempo da urgência da estabilização hospitalar. Em outras palavras: determinar a medida de segurança de internação semanas depois da crise associada à prática delituosa em nada se comunica com a urgência do cuidado, mas apenas com a urgência da reação social ao crime.

Outra questão eminente é a inimputabilidade frente aos princípios e normas da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD). Trata-se de norma constitucional afrontada por antigas normas infraconstitucionais (Código Penal) que, contudo, ainda perduram na letra da lei, mas, desgastadas pelas novas concepções, devem ser questionadas constantemente. Enquanto o Código Penal avoca a inimputabilidade para afirmar que existem indivíduos incapazes, a legislação internacional e nacional já apontou para direção distinta: todas as pessoas com deficiência devem ter sua capacidade legal reconhecida e condições de exercício dos direitos em pé de igualdade com as demais pessoas. Esse é o motor da Resolução CNJ n.º 487, de 15 de fevereiro de 2023 e do funcionamento da EAP: a compreensão de que todas as pessoas devem ter sua capacidade reconhecida e, assim, responder às práticas de crime com a autonomia que a legislação lhe garante, sem se desconsiderar que a nenhuma pessoa serve o manicômio, e a todas as pessoas, conforme suas necessidades singulares, devem ser ofertados serviços diversos de cuidado e responsabilização. Nesse marco, o tratamento ambulatorial deixa de ser um apêndice da lógica punitiva e passa a ser compreendido como processo clínico-assistencial contínuo, inserido na Rede de

Atenção Psicossocial (Raps), cujo objetivo é sustentar o cuidado em liberdade, e não produzir controle judicial permanente.

Outro desafio recorrente refere-se aos casos provenientes das Audiências de Custódia ou delegacias, nos quais ainda não houve a instauração do incidente de insanidade mental, mas há reconhecimento judicial de sofrimento psíquico grave e/ou a identificação de pessoas com indícios de transtorno mental ou em episódio de crise. Nessas situações, a exigência de um “laudo” como condição prévia para o cuidado reproduz uma lógica biomédica e excludente, incompatível com os princípios do SUS. Estratégias baseadas na sensibilização da rede, no acolhimento pela atenção ambulatorial e hospitalar, e na produção de informações clínicas qualificadas têm se mostrado fundamentais para garantir acesso ao cuidado, mesmo na ausência de perícia formal, reafirmando o caráter universal e integral da atenção em saúde mental (Brasil, 2011; Amarante, 2007).

A superação da lógica de laudos pela afirmação de relatórios multiprofissionais singulares e de abordagem global, produzidos a partir do acompanhamento territorial e da articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), proporciona à magistratura uma leitura ampliada da situação da pessoa, considerando sua história de cuidado, vínculos sociais, adesão ao tratamento e condições concretas de vida, em consonância com a Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001 e com a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência.

Esse novo modelo de apresentar tecnicamente nuances da vida do sujeito desloca o eixo decisório da presunção de periculosidade - no âmbito do incidente de insanidade mental e da cessação de periculosidade -, historicamente associada à internação de longa duração em manicômios judiciais, para a presunção de sociabilidade, reconhecendo que pessoas com transtornos mentais não são perigosas, mas, por definição, sujeitos de direitos. Nesse contexto, os relatórios das EAP-Desinst permitem ao juízo compreender o sofrimento mental em sua complexidade biopsicossocial, rompendo com a associação automática entre transtorno mental e risco social, que sustentou por décadas a lógica das medidas de segurança de caráter indefinido.

Antes de tratar das ações da EAP-Desinst é importante informar as situações em que a atuação da EAP-Desinst pode ser solicitada. Essas solicitações podem ser feitas por diferentes atores e em diversas circunstâncias, conforme segue:

- A coordenação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp), tanto no âmbito estadual

quanto municipal, poderá acionar a EAP-Desinst sempre que necessário, especialmente para assegurar a avaliação de pessoas com transtorno mental grave e persistente que se encontram cumprindo pena no sistema prisional.

- De modo semelhante, a equipe técnica psicossocial e de saúde que atua no sistema prisional também poderá requisitar o apoio da EAP-Desinst sempre que necessário, especialmente para subsidiar a avaliação e o acompanhamento de pessoas com transtorno mental grave e persistente, contribuindo para a qualificação do cuidado, a construção de projetos terapêuticos singulares e o direcionamento adequado dessas pessoas às estratégias de cuidado em liberdade no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.
- A atuação da EAP-Desinst pode ser determinada judicialmente, quando o juiz entender que a equipe deve intervir para realizar avaliações ou emitir pareceres técnicos que subsidiem decisões sobre a desinstitucionalização da pessoa em conflito com a lei ou sob medida de segurança.
- O Ministério Público, Defensoria Pública ou o representante da pessoa beneficiária pode apresentar requerimento solicitando a atuação da EAP-Desinst. Essa possibilidade assegura que a iniciativa possa partir de representantes legais da pessoa ou de órgãos que atuam em defesa dos direitos das pessoas em processo de desinstitucionalização.
- A própria EAP-Desinst ou os serviços de referência responsáveis pela realização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) também podem solicitar sua atuação, desde que as instâncias responsáveis pela custódia ou pela medida terapêutica sejam previamente notificadas e que haja comunicação à coordenação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), seja no âmbito estadual ou municipal.

Essas situações, portanto, apresentam a amplitude das possibilidades de inserção da EAP-Desinst, permitindo sua participação por diversas vias institucionais e garantindo que o processo de desinstitucionalização ocorra de maneira colaborativa e intersetorial.

A EAP-Desinst possui diversas atribuições regulamentadas pelo Art. 97 do Art. 1º da Portaria GM/MS n.º 4.876/2024. A equipe é responsável por realizar avaliações diagnósticas e apresentar proposições fundamentadas na Lei n.º 10.216/2001 e nos princípios da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), orientando a adoção de ações terapêuticas, com ênfase no cuidado em liberdade.

Além disso, a EAP-Desinst tem o papel de mapear, articular e apoiar os serviços de referência das redes do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) na elaboração do PTS, envolvendo a pessoa com transtorno mental ou deficiência psicossocial e suas redes familiares e comunitárias, buscando corresponsabilização no cuidado e articulação de condutas terapêuticas. Nesse sentido, a equipe identifica os serviços do SUS, do SUAS e outros programas de direitos de cidadania necessários para a atenção integral à pessoa em conflito com a lei.

Outro ponto central das atribuições é a articulação com gestores e equipes desses serviços para garantir o acesso e a corresponsabilização pelos cuidados necessários. A EAP-Desinst busca ampliar o acesso a serviços de saúde em alinhamento com a justiça criminal e acompanhar a execução das medidas terapêuticas, conectando os órgãos de justiça e as equipes de saúde em estabelecimentos penais e serviços sociais, visando a continuidade e resolutividade no atendimento.

A equipe também colabora na capacitação de profissionais atuantes nas políticas públicas relacionadas ao tema, difundindo diretrizes, fluxos e modalidades de atenção.

Por fim, a EAP-Desinst tem a responsabilidade de informar à referência técnica municipal designada no Programa De Volta Para Casa sobre o destino das pessoas desinternadas ou que receberam alvará de soltura, que estejam no perfil previsto na Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003, encaminhando a documentação necessária para o recebimento do auxílio reabilitação psicossocial. Em situações onde o município não seja habilitado no Programa, a desinternação ou soltura deve ser comunicada à Secretaria Municipal de Saúde, conforme o item 2.4.1 desse material.

Os parágrafos do referido Art. 97 destacam diretrizes específicas para a atuação de equipes envolvidas no processo de avaliação e acompanhamento na desinstitucionalização de pessoas em conflito com a lei, enfatizando situações prioritárias e procedimentos urgentes.

1. Prioridade após audiências de custódia:

- Após audiências de custódia, que avaliam a legalidade da prisão, indícios de tortura e a necessidade de manutenção de medidas cautelares ou aplicação de outras medidas, a equipe deve dar especial atenção às ações que promovam a não institucionalização ou a desinstitucionalização. Isso significa concentrar esforços para garantir que as pessoas identificadas com transtornos mentais recebam o suporte necessário para evitar a

permanência ou a entrada em instituições de privação de liberdade, direcionando-as para os serviços adequados na rede de saúde mental.

2. Urgência nas avaliações de incidentes de insanidade mental:

- Pessoas que aguardam o exame de insanidade mental estão frequentemente em centros de detenção provisória (CDP) ou hospitais de custódia. Nesses casos, a avaliação diagnóstica deve ser conduzida com urgência, devendo ser concluída em até 30 dias. Essa rapidez é capital para proteger a saúde da pessoa e viabilizar o encaminhamento adequado para o cuidado em liberdade, assegurando a continuidade do cuidado necessário.

3. Encaminhamento emergencial:

- Caso a equipe identifique, durante sua avaliação, uma necessidade imediata de atenção em um serviço de referência da rede de saúde (como Caps, unidades de urgência ou serviços hospitalares), ela pode realizar o encaminhamento emergencial. Para isso, deve articular-se com o gestor local da saúde, que é responsável por garantir o acesso à rede e a alocação de recursos necessários ao cuidado.

Iniciamos a discussão sobre as atribuições da EAP-Desinst na porta de entrada, relativa aos presos provisórios, com o objetivo de garantir respostas rápidas, adequadas e coordenadas para proteger a saúde e os direitos das pessoas em situações de vulnerabilidade ou conflito com a lei. Aprofundaremos no próximo tópico.

2.1 Porta de entrada do Sistema de Justiça Criminal, em articulação com equipes conectoras

A “porta de entrada” do sistema de justiça criminal refere-se aos momentos iniciais em que uma pessoa entra em contato com o sistema de justiça após a prisão em flagrante ou por mandado em suposta ocorrência de um delito ou crime. Essa fase inclui as etapas de abordagem policial, prisão em flagrante, registro de ocorrência e, crucialmente, a audiência de custódia, que deve ocorrer em até 24 horas, preferencialmente de modo presencial, onde a legalidade e as condições da prisão são avaliadas, sendo que a necessidade de proteção social também deve ser um dos objetos de análise e atuação pela autoridade judiciária, conforme dispositivos da Resolução CNJ n.º 213 de 15 de



dezembro de 2015, que dispõe sobre a apresentação de toda pessoa presa à autoridade judicial no prazo de 24 horas:

Art. 8º A audiência de custódia será realizada com o escopo de garantir os direitos fundamentais da pessoa presa, na sua presença, de seu advogado ou advogada constituída ou membro da Defensoria Pública e do Ministério Público, na qual o juiz deverá: (redação dada pela Resolução n. 562, de 3.6.2024)

I – certificar-se de que a pessoa presa se encontra calçada e adequadamente vestida, considerando a temperatura e clima locais, conforme Manual de Proteção Social na Audiência de Custódia, se necessário determinando à autoridade competente o fornecimento de vestuário e calçado compatíveis; (redação dada pela Resolução n. 562, de 3.6.2024)

II – certificar-se, com apoio da equipe especializada em proteção social (Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada), se a pessoa custodiada apresenta indícios de transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial, adotando os procedimentos previstos na Resolução CNJ nº 487/2023 quando identificados estes indícios ou situações de crise em saúde mental; (redação dada pela Resolução n. 562, de 3.6.2024)

IX – após a oitiva da pessoa presa, o juiz deferirá ao Ministério Público e à defesa técnica, nesta ordem, perguntas compatíveis com a natureza do ato, sem relação com o mérito da causa, permitindo-lhes, em seguida, requerer: (redação dada pela Resolução n. 562, de 3.6.2024)

[...]

e) a adoção de outras medidas necessárias à preservação de direitos da pessoa presa, incluindo encaminhamentos voluntários às políticas de proteção social; e (redação dada pela Resolução n. 562, de 3.6.2024)

[...]

Art. 9º A aplicação de medidas cautelares diversas da prisão previstas no art. 319 do CPP deverá compreender a avaliação da real adequação e necessidade das medidas, com estipulação de prazos para seu cumprimento e para a reavaliação de sua manutenção, observando-se o Protocolo I desta Resolução.

§ 1º O acompanhamento das medidas cautelares diversas da prisão determinadas judicialmente ficará a cargo dos serviços de acompanhamento de alternativas

penais, denominados Centrais Integradas de Alternativas Penais, estruturados preferencialmente no âmbito do Poder Executivo estadual, contando com equipes multidisciplinares, responsáveis, ainda, pela realização dos encaminhamentos necessários à Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e à rede de assistência social do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), bem como a outras políticas e programas ofertados pelo Poder Público, sendo os resultados do atendimento e do acompanhamento comunicados regularmente ao juízo ao qual for distribuído o auto de prisão em flagrante após a realização da audiência de custódia.

§ 2º Identificadas demandas abrangidas por políticas de proteção ou de inclusão social implementadas pelo Poder Público, caberá ao juiz encaminhar a pessoa presa em flagrante delito ao serviço de acompanhamento de alternativas penais, ao qual cabe a articulação com a rede de proteção social e a identificação das políticas e dos programas adequados a cada caso ou, nas Comarcas em que inexistirem serviços de acompanhamento de alternativas penais, indicar o encaminhamento direto às políticas de proteção ou inclusão social existentes, sensibilizando a pessoa presa em flagrante delito para o comparecimento de forma não obrigatória.

§ 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.

§ 4º A decisão judicial sobre a imposição ou não de medida cautelar diversa da prisão, assim como sobre aquela a ser aplicada, poderá contar com o apoio de atendimento à pessoa custodiada por equipe especializada em proteção social (Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada), realizado antes da audiência, que elaborará relatório técnico de atendimento contendo informações sobre as condições sociais e de saúde da pessoa presa, bem como recomendações dos possíveis encaminhamentos à rede pública de proteção social, conforme o caso. (incluído pela Resolução n. 562, de 3.6.2024)

Ainda, no Protocolo I da referida normativa do Poder Judiciário, consta:

[...] As medidas cautelares devem agregar novos paradigmas a sua imposição, de modo que a adequação da medida se traduza na responsabilização do autuado, assegurando-lhe, ao mesmo tempo, condições de cumprimento dessas modalidades autonomia e liberdade, sem prejuízo do encaminhamento a programas e políticas de proteção e inclusão social já instituídos e disponibilizados pelo poder público.

Assim, durante essa “porta de entrada”, decisões iniciais são tomadas sobre a liberdade ou a necessidade de medidas restritivas, a identificação de eventuais indícios de tortura ou maus-tratos, determinando o andamento do caso. Essa fase é relevante, pois influencia a trajetória das pessoas dentro do sistema de justiça, podendo definir alternativas ao encarceramento, especialmente para grupos em situação de vulnerabilidade acrescida, como as pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial.

A eficácia dessas decisões está diretamente ligada à avaliação criteriosa das condições da pessoa, assegurando o cuidado adequado logo no início. Nesse contexto, as equipes do Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada (Apec) e as EAP-Desinst desempenham papel fundamental na porta de entrada, embora em momentos e com atribuições diferenciadas. As equipes Apec, constituída principalmente por profissionais da Psicologia e do Serviço Social, vinculadas à Gestão da Política de Alternativas Penais no Poder Executivo estadual, atuam diretamente no âmbito das audiências de custódia, enquanto a EAP-Desinst, uma equipe especializada, concentra seus esforços no acompanhamento e na formulação de estratégias terapêuticas voltadas à saúde mental, sendo acionada quando houver necessidade de avaliação pelo Juízo. Assim, a coexistência dessas equipes, com funções distintas, porém complementares, é indispensável para garantir a continuidade do cuidado em saúde mental e a proteção dos direitos das pessoas em situação de vulnerabilidade.

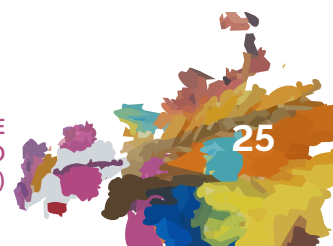
De acordo com o Manual da Resolução CNJ n.º 487/2023, as equipes Apec desempenham um papel fundamental nesse contexto e também precisam ser implantadas. Embora não sejam responsáveis por elaborar diagnósticos psiquiátricos, emitir laudos ou encaminhar pessoas diretamente para dispositivos psiquiátricos, elas têm a capacidade de identificar indivíduos com indícios de transtorno mental. Nesses casos, em situações de crise ou diante de quadros graves de saúde mental, a equipe Apec poderá, previamente à realização da audiência, indicar ao magistrado ou à magistrada a necessidade de acionamento de um serviço da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), especialmente Caps, para o manejo imediato da situação, identificação e vinculação da pessoa à rede de cuidado e acompanhamento no curso do processo. Ressalta-se que a eventual

indicação de internação não deve ser presumida, cabendo exclusivamente à equipe de saúde responsável pela avaliação clínica definir sua necessidade, considerando que nem todos os quadros agudos exigem a internação psiquiátrica como resposta inicial. A EAP-Desinst deverá ser acionada para apoiar a avaliação, a construção do Projeto Terapêutico Singular e a articulação com a rede, sempre com foco no cuidado em liberdade.

Quadro 1 – Diferenciação entre os serviços Apec e EAP-Desint*

Serviços	Equipe Apec	Equipe EAP-Desinst
Vinculação institucional estadual	Política de Alternativas Penais do Poder Executivo estadual por meio das Secretarias de Administração Prisional ou órgão equivalente.	Política de Saúde do Poder Executivo estadual por meio das Secretarias de Saúde.
Vinculação institucional federal	Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP) por meio da Secretaria Nacional de Políticas Penais (Senappen).	Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes)/Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (Desmad).

Continua



Continuação

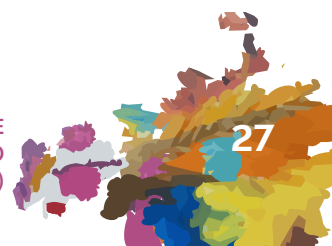
Serviços	Equipe Apec	Equipe EAP-Desinst
Tipo de atendimento	Universal, direcionado às pessoas submetidas à audiência de custódia. De caráter voluntário, emergencial e circunstancial. Não realiza acompanhamento dos casos, pois é restrito ao âmbito das audiências de custódia.	Especializado, direcionado às pessoas que apresentem transtorno mental e que estejam em conflito com a lei, em todas as fases do processo criminal, inclusive após extinção da medida de segurança.
Instrumentos	Relatório Informativo de Condições Pessoais e Sociais sobre a Pessoa Custodiada, que não deve seguir no processo. A cada reentrada, novo relatório é produzido.	Avaliação e relatório.

Continua

Continuação

Serviços	Equipe Apec	Equipe EAP-Desinst
Público	Todas as pessoas presas em flagrante ou por mandado judicial, apresentadas em audiência de custódia nas varas ou núcleos do Juiz das Garantias.	Pessoa que apresente transtorno mental, preferencialmente em casos graves ou persistentes, em conflito com a lei, incluídas as pessoas com necessidades de saúde mental em decorrência do uso de álcool e outras drogas, sob as seguintes condições: I - com inquérito policial em curso; II - sob custódia da justiça criminal; III - com processo criminal e em cumprimento de pena privativa de liberdade ou prisão provisória ou respondendo em liberdade, desde que tenha o incidente de insanidade mental instaurado;

Continua



Continuação

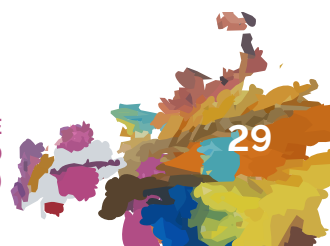
Serviços	Equipe Apec	Equipe EAP-Desinst
		IV - em cumprimento de sanção penal de medida de segurança; V - sob liberação condicional da medida de segurança; ou VI - com medida de segurança extinta e necessidade expressa pela justiça criminal ou pelo SUS.
Momento	Antes, durante e após a realização das audiências de custódia.	Em todo o ciclo penal, da porta de entrada a porta de saída.

Continua

Continuação

Serviços	Equipe Apec	Equipe EAP-Desinst
Atribuições	Pré-Audiência de Custódia: Realizar atendimento social por meio de escuta qualificada, atentando-se para as informações relacionadas às condições pessoais e sociais, identificação de indícios de transtorno mental e o levantamento de informações socioeconômicas, socioassistenciais, de saúde, entre outras para produção do Relatório Informativo. Identificar e encaminhar demandas emergenciais da pessoa custodiada que, porventura, ainda não tenham sido identificadas até o momento do atendimento, tais como alimentação, água potável, vestuário, itens de higiene pessoal ou auxílio no contato com familiares ou outra pessoa indicada pelo custodiado ou custodiada.	Realizar avaliações diagnósticas e apresentar proposições fundamentadas na Lei n.º 10.216/2001, e nos princípios da Raps, orientando a adoção de ações terapêuticas, preferencialmente de base comunitária, a serem implementadas segundo um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Subsidiar os serviços de referência das redes SUS e SUAS na elaboração do PTS, envolvendo, sempre que possível, a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e suas referências familiares e comunitárias, visando à construção de corresponsabilização no cuidado e ao estabelecimento de condutas terapêuticas articuladas em rede.

Continua



Continuação

Serviços	Equipe Apec	Equipe EAP-Desinst
	Fazer o acolhimento dos familiares da pessoa custodiada que porventura estejam na porta dos fóruns ou varas de custódia ou Juiz das Garantias, informando-lhes sobre a natureza, os procedimentos e a finalidade da audiência, além de levantar informações de relevância para produção do relatório informativo na perspectiva da garantia de direitos da pessoa custodiada. Subsidiar o juiz ou juíza e demais autoridades participantes da audiência com informações sobre as condições pessoais e sociais da pessoa custodiada e recomendar por meio de relatório informativo encaminhamentos, de caráter voluntário, para atendimento em liberdade junto à rede de proteção social e serviços de saúde, de acordo com as necessidades e vulnerabilidades identificadas por meio do Relatório Informativo.	Identificar programas e serviços do SUS e SUAS e de direitos de cidadania necessários para a atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e para a garantia da efetividade do PTS. Estabelecer articulação com gestores e equipes de serviços do SUS e SUAS e de direitos de cidadania para viabilização do acesso e da responsabilização pelos cuidados da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Contribuir para a ampliação do acesso a serviços e ações de saúde, em consonância com a justiça criminal.

Continua

Continuação

Serviços	Equipe Apec	Equipe EAP-Desinst
	Pós-Audiência de Custódia: Após a decisão comunicada pelo juízo em audiência, orientar a pessoa a buscar defesa, por meio de assistência jurídica integral e gratuita pela Defensoria Pública ou advocacia privada, orientar a pessoa com determinação de medida(s) cautelar(es) sobre as condições de cumprimento e encaminhá-la ao serviço responsável de acordo com o tipo de medida cautelar aplicada, como à vara competente da Justiça, à Central Integrada de Alternativas Penais (Ciap) ou à Central de Monitoração Eletrônica. Realizar encaminhamento da pessoa liberada sem ou com medida cautelar à rede de proteção social, a partir do atendimento prévio ou identificado em momento posterior, de acordo com as necessidades observadas, visando à redução de vulnerabilidades, bem como o início ou continuidade de cuidados psicossociais, se houver concordância da pessoa atendida	Estabelecer articulação com gestores e equipes de serviços do SUS e SUAS e de direitos de cidadania para viabilização do acesso e da corresponsabilização pelos cuidados da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Contribuir para a ampliação do acesso a serviços e ações de saúde, em consonância com a justiça criminal. Acompanhar a execução da medida terapêutica, atuando como conector entre os órgãos de justiça e as equipes de saúde em estabelecimentos penais e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania, garantindo a oferta de acompanhamento integral, resolutivo e contínuo. Apoiar a capacitação dos profissionais atuantes nas políticas públicas afetas ao tema para orientação acerca de diretrizes, conceitos e métodos para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Contribuir para o processo de desinstitucionalização de pessoas que cumprem medida de segurança ou com transtorno mental em conflito com a lei em instituições penais ou hospitais de custódia, articulando-se às equipes de saúde desses estabelecimentos, quando houver; e

Continua



Conclusão

Serviços	Equipe Apec	Equipe EAP-Desinst
		Informar à referência técnica designada pelo município habilitado no Programa De Volta Para Casa, de que trata a Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003, sobre o destino da pessoa que foi desinternada ou recebeu alvará de soltura de hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e encaminhar a documentação, nos casos elegíveis, para o recebimento do auxílio à reabilitação psicossocial.
Referências	Resolução CNJ n.º 213/2015. Resolução CNJ n.º 288/2019. Resolução CNJ n.º 425/2021. Resolução CNJ n.º 487/2023. Resolução CNJ n.º 562/2024. Manual de Proteção Social na Audiência de Custódia (CNJ). Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário: Resolução CNJ n.º 487 de 2023 (CNJ).	Portaria GM/MS n.º 4.876, de 18 de julho de 2024. Resolução CNJ n.º 487, de fevereiro de 2023. Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário: Resolução CNJ n.º 487 de 2023 (CNJ). Protocolo Interinstitucional Conimpa.

Fonte: CNJ, 2026.

*O quadro apresentado foi desenvolvida pelo Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF), no âmbito do Programa Fazendo Justiça (Pnud/CNJ), com finalidade didática e de apoio à compreensão dos fluxos e estratégias relacionados à Política Antimanicomial do Poder Judiciário. O material foi gentilmente disponibilizado ao Ministério da Saúde como contribuição técnica para a elaboração desse material, reforçando a importância da cooperação interinstitucional na qualificação das práticas de desinstitucionalização e no fortalecimento do cuidado em liberdade.

A efetivação do trabalho entre equipes Apec e EAP-Desinst, portanto, depende da criação e execução de fluxos interinstitucionais bem definidos entre os diversos órgãos do sistema de justiça e as redes de saúde e assistência social, garantindo que o manejo adequado das pessoas em situação de crise ocorra com a articulação de serviços e o devido atendimento.

Além disso, esses fluxos interinstitucionais devem ser construídos em diálogo constante com o Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial (Ceimpa), ou outras instâncias semelhantes, assegurando a plena integração entre os serviços de justiça e de saúde mental, e demais atores institucionais.

Outra equipe que atua em articulação com a EAP-Desinst é a equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP), vinculada à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp). A eAPP, como equipe de cuidado integral do SUS dentro das unidades prisionais, desempenha um papel essencial na identificação de casos persistentes ou graves de transtorno mental, especialmente nos contextos de prisão provisória. Essa cooperação é fundamental para assegurar o possível encaminhamento dessas pessoas ao cuidado em liberdade, promovendo a continuidade da atenção em saúde.

Enquanto a eAPP atua diretamente nos estabelecimentos prisionais, acompanhando a saúde integral das pessoas privadas de liberdade, inclusive no que se refere à saúde mental, a EAP-Desinst complementa esse trabalho por meio de avaliações diagnósticas ampliadas, de caráter biopsicossocial, e pela articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (Raps). A partir dessas avaliações, a EAP-Desinst pode subsidiar o juízo competente com relatórios multiprofissionais, contribuindo para a conversão de penas privativas de liberdade em medidas de segurança, especialmente de tratamento ambulatorial. Ademais, quando estritamente necessário, a EAP-Desinst poderá indicar a necessidade de internação em serviço adequado da rede de saúde, nos termos da Lei n.º 10.216/2001, sempre como medida excepcional e devidamente justificada, reforçando a centralidade do cuidado em liberdade e a integração entre o sistema de justiça e a rede de saúde. Nesse processo, destaca-se também a atuação articulada com a Defensoria Pública, que pode suscitar o incidente de insanidade mental e requerer a aplicação de medida de segurança nos autos.

Nesse mesmo sentido, a articulação entre a eAPP e a EAP-Desinst potencializa o encaminhamento de pessoas presas provisoriamente, especialmente aquelas que aguardam a realização de incidente de insanidade mental, para os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Esse trabalho integrado favorece a construção de fluxos interinstitucionais mais resolutivos, com participação, quando necessário, da Defensoria Pública na provocação dos instrumentos processuais cabíveis, contribuindo para a qualificação do cuidado, a adequada avaliação das situações e o avanço do processo de desinstitucionalização, com centralidade no cuidado em liberdade.

Isso é essencial para garantir que as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, desde a prisão provisória até sua eventual desinstitucionalização, recebam um acompanhamento contínuo e articulado, promovendo o cuidado em liberdade e a corresponsabilização dos serviços envolvidos. Dessa forma, a integração entre a EAP-Desinst, a eAPP e outros atores da saúde e justiça é um ponto chave para o sucesso da política antimanicomial e da proteção dos direitos dessas pessoas no sistema prisional.

Ademais, esteja a pessoa respondendo ao processo custodiada ou em liberdade, é imprescindível a articulação da EAP-Desinst com as Redes de Atenção à Saúde e Socioassistenciais – somando-se a eAPP, quando em prisão provisória –, pois, quanto mais articulado o arranjo interinstitucional, mais consistente – logo, mais convincente – se torna o caminho do cuidado planejado, ao ponto de, caso seja aplicada a medida de segurança, que seja na forma menos gravosa, isto é, ambulatorial, nos termos da Resolução CNJ n.º 487/2023 e outras normas que a precedem.

O caminho ambulatorial é o que possibilita um cuidado singularmente necessário e em conformidade com as bases científicas e legais e, ainda, coloca em questão a prisão como meio e fim de um modelo repressivo que não contempla, sensivelmente, as estratégias de cuidado, haja vista que a privação de liberdade já constitui, por si, um agravamento à saúde mental – com maior incidência em quem já está em sofrimento psíquico intenso.

2.2 Processo de desinstitucionalização

A desinstitucionalização é mais do que a substituição de hospitais psiquiátricos por serviços comunitários; trata-se de um reposicionamento ético, político e técnico da atenção em saúde mental. Tal conceito foi desenvolvido de forma crítica e inovadora a partir da experiência italiana, cujas reflexões sustentam um modelo de cuidado que rompe com a lógica asilar e propõe práticas pautadas na liberdade, nos direitos humanos e na singularidade dos sujeitos.

As formulações da Psiquiatria Democrática italiana apontam que a loucura, tal como construída nas instituições totais, deve ser entendida como resultado de processos históricos e sociais. Essas análises destacam que a psiquiatria, ao longo do tempo, assumiu funções de controle e exclusão, sendo necessário deslocá-la para uma prática orientada pela liberdade, pela garantia de direitos e pela reconstrução da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico (Basaglia, 1985). Nesse marco teórico, a desinstitucionalização é compreendida como uma crítica estrutural ao modelo psiquiátrico,

manicomial, historicamente centrado em práticas de custódia e segregação. Nas formulações dos anos 1990, ficou mais evidente que o objeto da Desinstitucionalização seria a própria Psiquiatria, entendida como um dispositivo gerado para o controle daqueles que não se submetem à ordem social dominante.

As instituições totais se caracterizam, no âmbito de sua estrutura física, pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico, como por exemplo: portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. No plano simbólico, ocorre a ruptura das barreiras que comumente separam as várias dimensões da vida de uma pessoa, como trabalhar, dormir, se divertir e etc. Todos os aspectos da vida ocorrem em um mesmo local e sob uma autoridade única. Todas as atividades diárias são realizadas na companhia de outras pessoas, sendo todas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Ainda sobre as atividades, ocorrem em horários definidos e numa sequência determinada por um sistema de regras formais explícitas e implícitas (por um grupo de funcionários), planejado para atender aos objetivos formais da instituição.

O fato básico das instituições totais é o controle de muitas necessidades humanas pela organização burocrática de um grupo de pessoas, o que leva a consequências importantes. Há uma divisão clara entre o grande grupo controlado e o grupo que exerce o controle. O “eu” da pessoa, não necessariamente de forma intencional, é submetido a um processo de negação, anulação e mortificação (Goffman, 1961).

A desinstitucionalização é então concebida como um processo permanente de reinvenção das redes de cuidado, que se dá por meio da construção de relações sociais, da criação de novas institucionalidades e da restauração das condições de cidadania para os sujeitos. Desinstitucionalizar requer a construção de redes sociais e políticas que não reproduzam mecanismos de exclusão, que busquem superar as relações de dominação (de classe, de gênero, de raça, de etnia, de todas as formas) com vistas a promover modos de vida cooperativos e de mútua validação. O território não apenas como espaço físico, mas como um campo relacional em constante transformação, onde diferentes formas de suporte à existência devem ser continuamente inventadas (Rotelli, 2001).

Ao evidenciar a dimensão política e micropolítica da transformação institucional, a desinstitucionalização não se reduz ao fechamento de estruturas físicas, mas diz respeito à modificação das práticas, dos modos de relação e dos dispositivos que sustentam a lógica manicomial. Os estudos desse período defendem que tal processo

demanda uma mudança cultural, orientada ao desmonte dos mecanismos de exclusão e à criação de espaços de escuta, acolhimento e reconstrução de vínculos e lugares sociais (Venturini, 2001).

Com base nesse conjunto teórico, a desinstitucionalização passa a ser compreendida como uma transformação de saberes, práticas, normas e da própria cultura vinculada à experiência da loucura. Um ponto central dessa abordagem é o reconhecimento de que superar aparatos de exclusão implica inventar alternativas capazes de substituir mecanismos de negação e violação de direitos, comprometidas com a formação de lugares sociais e políticos ancorados na liberdade e na cidadania. Essa perspectiva também afirma que a instituição asilar a ser superada diz dos lugares em que o isolamento e a exclusão social são práticas estruturantes, e a organização autoritária e normativa interessa à reprodução da instituição, e não às necessidades das pessoas (Benedetto, 2025).

No contexto brasileiro, essas reflexões foram fundamentais para a formulação da Reforma Psiquiátrica e da Lei n.º 10.216/2001, que orienta o cuidado em liberdade e a reestruturação da atenção em saúde mental. A desinstitucionalização, assim compreendida, não se esgota na desativação dos manicômios, mas exige um movimento contínuo de crítica institucional, de produção de autonomia, de fortalecimento de práticas comunitárias e produção de uma nova sociabilidade.

A experiência de desinstitucionalização dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), com a implantação das equipes EAP-Desinst dialoga com os fundamentos teóricos e éticos desenvolvidos da Psiquiatria Democrática italiana. A proposta de substituição das instituições asilares por redes de cuidado territorializadas e integradas, ecoa no papel das EAP-Desinst de acompanhar, em liberdade, pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Assim, a atuação das EAP-Desinst visa garantir cuidado continuado no território, fortalecendo vínculos comunitários e promovendo cidadania e acesso a direitos.

Na literatura, especialmente no campo da Reforma Psiquiátrica, as instituições asilares são compreendidas como dispositivos caracterizados pelo confinamento prolongado, pela segregação social e pela centralidade da internação como principal resposta ao sofrimento psíquico, operando sob lógicas de tutela, controle e restrição de direitos. Conforme aponta Amarante (2007), tais instituições expressam um modelo de atenção que produz exclusão social e cronificação dos sujeitos, ao deslocá-los de

seus territórios e de suas redes de sociabilidade, reforçando práticas manicomiais. No mesmo sentido, Kinoshita (2001) destaca que o modelo asilar se define pela negação da cidadania e pela substituição da vida em sociedade por um cotidiano institucional rígido, no qual o cuidado é reduzido à contenção e ao controle. Dessa forma, as instituições asilares se colocam em oposição ao paradigma da atenção psicossocial, que prioriza o cuidado em liberdade, a inserção comunitária e a garantia de direitos.

Para que a atuação da EAP-Desinst seja efetiva e alinhada ao paradigma do cuidado em liberdade, é fundamental que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e demais instituições com características asilares deixem de operar como porta de entrada para novas medidas de segurança em regime de internação, priorizando-se, em seu lugar, estratégias territoriais no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, especialmente por meio de medidas de segurança em modalidade ambulatorial. Nesse contexto, impõe-se a construção de novas abordagens que promovam o pertencimento social e a corresponsabilização comunitária no cuidado, superando práticas centradas na segregação. Torna-se, portanto, indispensável a crítica e a superação do modelo punitivista, reconhecendo sua ineficácia e os limites da lógica do castigo como mecanismo de controle.

A interdição parcial, com a vedação de novas internações em HCTP ou em dispositivos congêneres, permite redirecionar o foco para o acompanhamento, o planejamento e a qualificação da porta de entrada no sistema de justiça, bem como para o avanço do processo de desinstitucionalização das pessoas já institucionalizadas, favorecendo sua inserção na Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e na comunidade, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, da Lei n.º 10.216/2001 e da Resolução CNJ n.º 487/2023. Paralelamente, torna-se necessário instituir fluxos desde a audiência de custódia que orientem o cuidado diretamente na Raps, evitando a institucionalização de novos casos. Nesse contexto, é fundamental mobilizar recursos familiares, afetivos, comunitários, profissionais e de diferentes dimensões da vida para viabilizar a retomada de projetos de vida autônomos e livres, mediante a articulação coordenada entre o SUS e o SUAS (CNJ, 2023). Tais estratégias desempenham papel decisivo na redução das chances de reincidência, não sob a lógica da cura ou do ajustamento, mas a partir da ativação da rede de atenção e promoção da saúde em suas múltiplas interfaces.

Quanto aos dispositivos congêneres do sistema prisional, as EAP-Desinst assumem papel estratégico nos processos de desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental graves ou persistentes, incluídas aquelas com necessidades decorrentes do

uso de álcool e outras drogas, que se encontram em unidades prisionais comuns, especialmente no contexto de fechamento das portas de entrada dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs). No primeiro cenário, em que pessoas com transtorno mental passam a ingressar diretamente no sistema prisional comum, as EAP-Desinst devem atuar na identificação precoce dessas situações, na realização de avaliação biopsicossocial qualificada e na construção de propostas de cuidado em liberdade, subsidiando o sistema de justiça para evitar a permanência indevida no cárcere. Isso implica articular fluxos com as Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) da Pnaisp ou equipes técnicas do sistema prisional, com a Política de Assistência Social e com o sistema de justiça, indicando alternativas como medidas de segurança em meio aberto, inserção em serviços territoriais e estratégias de residencialidade, sempre com foco na proteção de direitos e na superação de práticas que reproduzam a institucionalização.

No segundo cenário, ainda envolvendo pessoas com transtorno mental graves ou persistentes e aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, cujo sofrimento mental se agrava ou se agudiza em decorrência das vivências no cárcere, as EAP-Desinst também desempenham função fundamental ao apoiar as equipes de saúde do sistema prisional na avaliação dos casos, na definição de encaminhamentos e na construção de estratégias de cuidado que ultrapassem a lógica exclusivamente intramuros. Nesses casos, é essencial reconhecer que o ambiente prisional pode intensificar vulnerabilidades psicossociais, exigindo respostas intersetoriais que considerem a singularidade de cada situação. A atuação das EAP-Desinst, em articulação com a Pnaisp e com os serviços da Raps, deve priorizar a vinculação ao cuidado territorial, a elaboração de propostas de saída do sistema prisional quando cabível e a garantia de acompanhamento contínuo no território, contribuindo para a desinstitucionalização e para a redução de danos associados ao encarceramento.

O enfoque visa proteger a pessoa, a família, a comunidade e fortalecer as políticas de desinstitucionalização. Nesse sentido, as avaliações realizadas pela EAP-Desinst estruturam as portas de entrada e saída, além de articular os pontos de atenção das redes de saúde, promovendo a descentralização e a conectividade do cuidado, em contraposição a “um conjunto de pontos ligados de forma frágil e burocrática” (Barros, 2003, p. 205).

Aspectos como raça, etnia, gênero, classe social, idade, deficiência, orientação sexual e outras características, que frequentemente servem para categorizar e diferenciar indivíduos na sociedade, categorias que hierarquizam e servem como justificativa para

a opressão, subjugação e dominação destes pelos grupos dominantes; operam como fatores estruturais que impõem barreiras ao acesso a direitos constitucionais, incluindo saúde, moradia, educação, oportunidades de trabalho e renda, liberdade.

Nesse sentido, para o processo de desinstitucionalização é fundamental reconhecer os determinantes sociais, que refletem a distribuição desigual de recursos e oportunidades na sociedade, gerando desigualdades que impactam diretamente a saúde e o bem-estar das pessoas. Ao mesmo tempo, é necessário incorporar os marcadores sociais da diferença como ferramentas de análise dos grupos sociais e das identidades em disputa pela inclusão, enfrentando os estigmas e os mecanismos de exclusão social. Enquanto os determinantes sociais são moldados por fatores macroestruturais, como políticas públicas, organização econômica e sistemas de saúde e educação, os marcadores sociais da diferença influenciam a realidade por meio das dinâmicas sociais, normas culturais, estereótipos e preconceitos que permeiam a sociedade. Tais marcadores sociais servem para o reconhecimento imediato da posição das pessoas na hierarquia social e as possibilidades de ascensão (ou não) nas relações sociais.

O processo de desinstitucionalização exige o envolvimento e a convergência de ações estratégicas essenciais para a reorientação do modelo assistencial em saúde mental. Esse processo deve ser fundamentado no respeito aos direitos humanos, na garantia da autonomia e liberdade dos indivíduos, no enfrentamento das dinâmicas de estigmas e preconceitos, e na construção de uma atenção compartilhada, voltada para as necessidades e os desejos do sujeito, por meio da diversificação das estratégias de cuidado.

Para atingir seus diversos objetivos, o processo de desinstitucionalização requer etapas que incluem o diagnóstico situacional, o mapeamento das redes locais e a capacitação nos territórios. Essa formação deve abranger os profissionais envolvidos no cuidado em diferentes frentes de atuação, os serviços por meio do SUS e do SUAS, além de outras políticas necessárias para o caso concreto (habitação, educação, cultura etc.), a comunidade por meio de articulações locais, as equipes da própria unidade de custódia e os próprios usuários internados, promovendo o entendimento dos processos relacionados à sua detenção e à possibilidade do cuidado em liberdade.

As informações sistematizadas pela EAP-Desinst servirão de base para apoiar as equipes locais na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) a ser executado no território. O progresso do PTS será acompanhado pela EAP-Desinst por meio de relatórios que detalham a situação atual de desinstitucionalização de cada usuário.

Esses relatórios serão encaminhados à Justiça e a todas as instituições envolvidas no processo de cuidado, custódia, assistência e proteção social, conforme modelos constantes nos anexos.

A avaliação conduzida pela EAP-Desinst tem como eixo central uma compreensão ampliada e integrada da pessoa, considerando de forma articulada seus contextos social, clínico e comunitário. Nesse processo, são analisadas as barreiras existentes, os fatores que podem desencadear crises ou processos de desorganização, bem como o papel da comunidade na construção do cuidado (CNJ, 2023, p. 73). Essa perspectiva se distancia da lógica tradicional, que restringe a análise ao comportamento do indivíduo no interior da instituição ou a riscos abstratos atribuídos à sociedade, e passa a priorizar a construção de estratégias promotoras de saúde e bem-estar, fundamentadas nas condições concretas de vida, nas redes de apoio disponíveis e nas singularidades de cada pessoa acompanhada.

Após essa análise, é realizado um mapeamento territorial com o objetivo de identificar os diversos equipamentos disponíveis na localidade para compor o cuidado. Esse levantamento inclui serviços de saúde, como Unidades de Saúde da Raps com seus diversos pontos de atenção, além de equipamentos de outras áreas governamentais como a assistência social, cultura, educação, habitação/moradia, trabalho e geração de renda e outros serviços e recursos que possam integrar a rede da pessoa usuária. Com essa etapa concluída, a EAP-Desinst emite um relatório sobre o processo de desinstitucionalização, garantindo que este processo esteja respaldado por uma rede intersetorial de base territorial, integrada e construída com a pessoa.

No processo de desinstitucionalização, é importante reconhecer que cada pessoa possui suas especificidades e necessidades individuais. Haverá situações em que as pessoas estarão em condições mais favoráveis para a desinstitucionalização imediata, devido a fatores como suporte familiar, estrutura comunitária já disponível e menor complexidade clínica ou social. Por outro lado, também existirão casos que exigirão um planejamento mais detalhado e maior tempo de preparação, seja para fortalecer as redes de apoio, ajustar as condições de cuidado na comunidade ou desenvolver projetos terapêuticos singulares.

É importante reforçar a necessidade de um acompanhamento contínuo da EAP-Desinst, até a extinção da medida de segurança pelo Poder Judiciário, com o objetivo de proteger o processo de desinstitucionalização e reduzir as chances de reentrada no sistema de justiça criminal, tanto em relação às crises quanto ao cometimento de novo

ato delituoso. As experiências com a desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei em Minas Gerais (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental – PAI-PJ) e em Goiás (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator – Paili), que inspiraram a construção da política pública da EAP-Desinst, demonstram resultados positivos, com taxas de reentrada inferiores a 5% (PAI-PJ: 5%; Paili: 2%), e nenhum registro de crimes hediondos, mantendo o baixo potencial ofensivo conforme a tipificação criminal (Caetano, 2013; 2018; Barros-Brisset, 2010). Dessa forma, para a EAP-Desinst o processo de desinstitucionalização é fortalecido com a implementação de um fluxo operacional objetivo, colaborativo e capaz de acionar múltiplas zonas de convergência entre os diversos setores do Estado, as prefeituras municipais e a sociedade civil.

2.3 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

A Resolução CNJ n.º 487/2023 estabelece que a medida de segurança deve priorizar o tratamento ambulatorial em benefício da saúde e da reabilitação psicossocial, visando o cuidado em liberdade. Esse processo deve ser acompanhado pela autoridade judiciária, com fluxos estabelecidos entre o Poder Judiciário e o Poder Executivo.

As autoridades judiciárias competentes poderão acionar a EAP-Desinst para subsidiar a definição da medida de segurança, mediante a apresentação de uma proposta inicial de cuidado em saúde mental, construída a partir de avaliação biopsicossocial e com indicação dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) mais adequados ao caso. Essa proposição não se confunde com o Projeto Terapêutico Singular (PTS) propriamente dito, o qual deve ser elaborado no âmbito do serviço de referência, em conjunto com a pessoa e a equipe responsável pelo cuidado. Trata-se, portanto, de um direcionamento técnico inicial, que orienta o juízo quanto às possibilidades de cuidado em liberdade e à organização do acompanhamento no território. Nesse processo, o PTS, ao ser desenvolvido no serviço, constitui instrumento central para a promoção da autonomia, do protagonismo e dos direitos de cidadania, favorecendo o pertencimento e a ampliação das trocas sociais.

Destaca-se que, conforme a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 3/2017, a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) é constituída por sete componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização, reabilitação psicossocial.

Figura 1 – Componentes e Pontos de Atenção da Raps



Segundo essa Portaria, no âmbito da atenção psicossocial especializada, os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) são serviços que atendem pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias. Nesse sentido, o cuidado no Caps ou na Atenção Primária à Saúde (quando não houver o Caps), é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular (PTS), envolvendo em sua construção a equipe, a pessoa usuária e sua família, e a ordenação desse cuidado estará sob a responsabilidade dos serviços, naqueles municípios de pequeno porte a APS.

Em termos metodológicos, para elaboração de PTS com base em Direitos Humanos, é importante notar que, no âmbito da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, destaca-se que a internalização da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência no Brasil ocorreu com status de emenda constitucional, nos termos do artigo 5º, §3º, da Constituição Federal, por meio do Decreto n.º 6.949/2009, que promulgou a CDPD. Tal marco normativo consolidou o compromisso estatal de assegurar o pleno exercício dos direitos e liberdades das pessoas com deficiência, sem discriminação, reconhecendo-lhes a capacidade legal com base no modelo biopsicossocial da deficiência. Esse modelo fundamenta a articulação entre a Reforma Psiquiátrica e a garantia de direitos, ao reconhecer a capacidade legal das pessoas

com deficiência, inclusive a deficiência psicossocial, em igualdade de condições com as demais. Impõe-se, assim, aos Estados signatários o dever de adotar medidas de apoio necessárias ao exercício dessa capacidade, mediante a identificação e eliminação de barreiras psicossociais, físicas e biológicas. No plano infraconstitucional, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência incorporou a Tomada de Decisão Apoiada como instrumento destinado a assegurar a autonomia da pessoa com deficiência, oferecendo suporte adequado às suas demandas e fortalecendo o exercício de outros direitos correlatos (CNJ, 2023b).

No campo da atenção à saúde mental, portanto, a voluntariedade é essencial ao tratamento e o modelo psicossocial da deficiência agrega as bases conceituais para a aplicação de metodologias de avaliação baseadas em Direitos Humanos. A primazia da garantia de direitos comina na centralidade do PTS na coordenação do cuidado, com ênfase nos serviços de base territorial e comunitária da Rede de Atenção Psicossocial e da rede de proteção social, a fim de preservar vínculos comunitários e garantir a promoção da autonomia. Neste sentido, os encaminhamentos operados pelo Estado devem contar com o apoio de equipe técnica multidisciplinar de saúde, em articulação com o Poder Judiciário e demais políticas públicas, assegurando que a assistência à saúde seja priorizada nos processos judiciais e o cuidado não seja considerado acessório à execução penal (CNJ, 2023b).

A estruturação do PTS constitui-se como uma tecnologia de cuidado estratégica no campo da saúde mental, orientada por uma concepção ampliada do processo saúde-doença e pela centralidade do sujeito na construção das respostas terapêuticas. Diferentemente de modelos padronizados de intervenção, o PTS fundamenta-se no reconhecimento de que a experiência do adoecimento ultrapassa a dimensão biológica, sendo atravessada por fatores subjetivos, sociais, culturais e históricos, o que exige a organização de práticas interdisciplinares, territorializadas e corresponsabilizadas entre equipes, usuários e redes de apoio. Nessa perspectiva, o PTS organiza o processo de trabalho em saúde a partir da singularidade das trajetórias de vida e da construção compartilhada de projetos orientados para a autonomia e a cidadania (Kinoshita, 2013).

No que se refere às dimensões de sua estruturação, o PTS organiza-se a partir de três eixos analíticos fundamentais: a dimensão corporal, a dimensão psicossocial e a dimensão instrumental, compreendidas de forma integrada e interdependente. A dimensão corporal abrange o estado geral de saúde, a presença de agravos, a capacidade funcional e laboral, bem como a relação do sujeito com sua imagem corporal e com os padrões culturais que incidem sobre o corpo. Tal abordagem amplia a leitura biomédica

tradicional, incorporando aspectos simbólicos, identitários e relacionais que interferem nas possibilidades de inserção social e de produção de vínculos (Kinoshita, 2013).

A dimensão psicossocial refere-se aos modos de viver, sentir e se relacionar, incluindo a análise das redes familiares, afetivas e comunitárias, das experiências de pertencimento ou exclusão, dos estados emocionais predominantes e das dinâmicas subjetivas que atravessam a história de vida dos sujeitos. Essa dimensão demanda escuta qualificada e construção de vínculo, permitindo identificar fatores que potencializam ou limitam a contratualidade social, bem como compreender a variabilidade dos comportamentos conforme os contextos relacionais e territoriais em que os sujeitos estão inseridos (Kinoshita, 2013).

Por sua vez, a dimensão instrumental diz respeito às condições concretas de existência e aos recursos necessários para a sustentação dos projetos de vida, incluindo escolarização, trabalho, renda, moradia, acesso a políticas públicas e circulação social. Trata-se do reconhecimento de que a autonomia é produzida também a partir de suportes materiais e institucionais, exigindo a articulação intersetorial entre saúde, assistência social, educação, cultura, justiça e trabalho, de modo a ampliar o capital social, cultural e econômico dos usuários (Kinoshita, 2013).

A operacionalização dessas dimensões articula-se a um eixo temporal composto por três movimentos estratégicos: reparar, potencializar e emancipar. As ações de reparação voltam-se ao enfrentamento imediato de carências e agravos; as de potencialização buscam fortalecer habilidades e recursos existentes; e as de emancipação orientam-se para a construção de autonomia, protagonismo e inserção cidadã. Assim, o PTS configura-se não apenas como instrumento clínico, mas como dispositivo ético-político de produção de vida, alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica e do cuidado em liberdade (Kinoshita, 2013).

Quadro 2 – Dimensões x Etapas do PTS

Avaliação / Ação	Reparação	Potenciação	Emancipação
Corporal	Enfrentamento de agravos físicos, cuidado clínico, condições básicas de saúde	Estímulo à funcionalidade, autocuidado, imagem corporal positiva	Autonomia no cuidado de si, capacidade funcional ampliada
Psicossocial	Manejo de crises, sofrimento psíquico, conflitos relacionais	Fortalecimento de vínculos, redes de apoio, expressão subjetiva	Ampliação da contratualidade social, protagonismo e participação
Instrumental	Acesso a direitos, documentação, renda, moradia	Qualificação, inserção em atividades sociais e produtivas	Inserção laboral, autonomia econômica e cidadania plena

Fonte: Kinoshita, 2013.

Quadro 3 – Reavaliação do PTS

Período	Dimensões em aberto	Aspectos fechados
Após 3 meses	(a preencher pela equipe)	(resultados alcançados)
Após 6 meses	(a preencher pela equipe)	(resultados alcançados)
Após 9 meses	(a preencher pela equipe)	(resultados alcançados)

Fonte: Kinoshita, 2013.

Essas tabelas são utilizadas para monitoramento longitudinal, permitindo identificar avanços, redirecionar ações e atualizar o projeto terapêutico conforme a evolução do caso.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica n.º 34 – Saúde Mental (Brasil, 2013), o PTS pode ser compreendido como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e construção coletiva de uma equipe

multidisciplinar que leva em conta as necessidades, expectativas, crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido.

Na elaboração do PTS, é fundamental considerar a história de vida do sujeito em suas diversas dimensões (biopsicossocial, política e cultural). O PTS não deve se restringir às atividades realizadas no serviço, sendo necessário envolver recursos comunitários, outros serviços de saúde e instituições intersetoriais. Para orientar a construção e organização do PTS, propõe-se a inclusão dos seguintes aspectos: diagnóstico psicossocial, definição de objetivos e metas, divisão de tarefas e responsabilidades, e reavaliação contínua do Projeto.

Ressalta-se que, para os municípios que não dispõem na sua rede de saúde do Caps, o cuidado em saúde mental será, primordialmente, ofertado pelo componente da atenção básica, conforme previsto na referida Portaria: “a Unidade Básica de Saúde como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede”.

Retomando a elaboração do PTS, destaca-se que este pode ser sistematizado em quatro momentos, conforme Caderno da Atenção Básica, n.º 34:

1) Diagnóstico e análise: nesta etapa inicial deverá ser realizada uma avaliação ampla que considere a integralidade do sujeito (em seus aspectos físicos, psíquicos e sociais) e que possibilite a identificação de fatores de riscos, vulnerabilidades e potencialidades. É fundamental compreender como o sujeito se produz em relação a aspectos como adoecimento, desejos e interesses, assim como também o trabalho, a história cultural da pessoa, a família e a rede social.

2) Definição de ações e metas: após realização do diagnóstico ampliado, as equipes que irão desenvolver o PTS devem fazer propostas de curto, médio e longo prazo, as quais precisam ser discutidas e negociadas com o usuário em questão e/ou com familiar, responsável ou pessoa próxima. É importante reiterar que a construção de um PTS é um processo compartilhado e, por isso, é importante a participação do usuário na sua definição.

3) Divisão de responsabilidades: nesta etapa é importante que seja definida as tarefas de cada parte envolvida (pessoa usuária, equipes de saúde e demais dispositivos intersetoriais da rede local) com nitidez. Além disso, é essencial que seja estabelecido o

profissional com melhor vínculo com a pessoa usuária para ser o técnico de referência para o caso, de modo a favorecer a dinâmica de continuidade no processo de cuidado. Por fim, a definição de um técnico com a função de gestão do PTS ou referência é fundamental para permitir que haja uma organização e otimização dos processos de trabalho, sobretudo no gerenciamento de atividades, resultados e subatividades relacionadas.

4) Reavaliação: neste momento, é essencial que a equipe discuta a evolução do caso e as adequações necessárias no PTS, caso sejam necessárias.

A EAP-Desinst desempenha um papel fundamental no apoio à construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), trabalhando em estreita colaboração com os serviços de cuidado do usuário. Como o PTS visa resgatar a autonomia, cidadania e os direitos de pertencimento dos usuários, a EAP-Desinst deve garantir que, ao elaborar o PTS, sejam considerados não apenas os aspectos biológicos do sujeito, mas também suas dimensões psicológicas e sociais. Essa abordagem integral é essencial para promover a reabilitação psicossocial e facilitar o cuidado em liberdade, criando condições para sua recuperação e participação na sociedade em condições de igualdade. A atuação da EAP-Desinst, portanto, complementa os esforços dos serviços de cuidado, assegurando que o PTS seja desenvolvido de maneira colaborativa e focada nas necessidades e direitos das pessoas usuárias.

Patrícia Magno (2018) destaca a importância do PTS ao afirmar que ele representa uma mudança significativa no atendimento, colocando o direito do sujeito em primeiro plano e promovendo um uso emancipatório desse direito. O PTS, ao dialogar com o saber da saúde, transcende o campo da saúde mental, tornando-se central também no mundo jurídico. Ele é reconhecido como uma ferramenta poderosa de reorientação do cuidado, permitindo a articulação entre a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e o sistema penal. Essa articulação entre as políticas públicas de saúde mental e as políticas criminais e penitenciárias tem sido fundamental para a redução do número de pessoas em cumprimento de medidas de segurança de internação em hospitais de custódia.

O PTS é um instrumento fundamental para a superação da lógica punitiva, orientando o cuidado para práticas inclusivas, centradas nos direitos e na participação ativa da pessoa usuária em seu próprio processo de cuidado. A elaboração e a implementação do PTS não se restringem ao ambiente institucional, mas se expandem para a comunidade, mobilizando os recursos disponíveis no território e fortalecendo as redes de apoio social, de modo a garantir um cuidado integral e alinhado às necessidades e projetos de vida da pessoa.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE: em todos os casos avaliados pela EAP-Desinst, é fundamental considerar o risco de morte das pessoas em processo de desinstitucionalização. Essa análise deve levar em conta a relação da pessoa usuária com o seu território de origem, avaliando de forma cuidadosa se o retorno para esse ambiente é seguro e adequado às suas necessidades de cuidado e proteção. A decisão sobre o local de destino deve ser tomada com base em uma avaliação integral, considerando fatores clínicos, psicossociais e contextuais, sempre considerando o desejo da pessoa, e com o objetivo de preservar a vida, garantir a continuidade do cuidado e promover a reabilitação psicossocial em condições de segurança e dignidade.

2.4 Programa De Volta Para Casa (PVC) e Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil tem se consolidado ao longo dos anos, com a desinstitucionalização e o cuidado em liberdade sendo alguns de seus principais pilares. No entanto, ainda existem resistências, especialmente nos territórios que precisam receber pessoas egressas dos HCTPs, muitas vezes devido à desinformação ou à estigmatização associada ao sofrimento psíquico e ao conflito com a lei. Esse cenário impõe desafios adicionais para o fechamento dos HCTPs, exigindo estratégias específicas para desinstitucionalizar os indivíduos nessas unidades prisionais e interromper novos fluxos de internações. Para isso, é essencial promover discussões e pactuações intersetoriais entre os setores da Saúde, administração penitenciária, segurança pública, sistema de justiça e assistência social. Dentro desse contingente, a pessoa usuária terá condições de seguir seus projetos de vida de forma mais autônoma, podendo se beneficiar de ações intersetoriais que favoreçam sua reabilitação psicossocial e o exercício de sua cidadania.

A criação do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e do Programa De Volta Para Casa (PVC) está diretamente vinculada ao processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, iniciado nas décadas de 1980 e 1990, com forte mobilização da sociedade civil, trabalhadores da saúde, familiares e pessoa usuária, pela substituição do modelo asilar por uma rede de cuidados em liberdade.

O marco normativo inicial dos SRT foi a Portaria n.º 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, que instituiu e regulamentou esses serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Os SRT foram criados com a finalidade de garantir moradia em ambiente comunitário para pessoas com transtorno mental, egressas de longas internações psiquiátricas, principalmente aquelas em situação de institucionalização prolongada e sem vínculos familiares que possibilitassem o retorno ao convívio social.

Essa modalidade de serviço constitui uma resposta concreta ao desafio da desinstitucionalização, ao assegurar moradia digna e apoio psicossocial voltados à reconstrução de projetos de vida em liberdade e em sociedade. Trata-se de um dispositivo estratégico, na medida em que garante o direito à moradia no âmbito da saúde, conforme os princípios da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (PNSMAD), assumindo também um caráter reparador diante das violações históricas produzidas pelos processos de institucionalização prolongada.

Posteriormente, a Portaria GM/MS n.º 3.090, de 23 de dezembro de 2011, consolidou as diretrizes para os SRT no contexto da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), prevista pela Portaria GM/MS n.º 3.088/2011. A Portaria 3.090 atualizou os parâmetros técnicos (dois tipos de SRT), os critérios de financiamento, a composição das equipes de cuidadores e os processos de implantação e habilitação dos SRT, reforçando o seu papel como dispositivo estratégico na Raps.

O Programa De Volta Para Casa foi instituído pela Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003, regulamentada pela Portaria GM/MS n.º 2.077, de 31 de outubro de 2003, republicada no Anexo 26 do Anexo VIII da Portaria de Consolidação n.º 5/2017. O PVC criou o Auxílio Reabilitação Psicossocial, uma transferência de renda mensal destinada a pessoas com histórico de longa internação psiquiátrica (renovável a cada ano), com o objetivo de promover sua reintegração social e apoiar o processo de reconstrução da vida em liberdade.

O PVC foi pensado como uma reparação articulada com a desinstitucionalização de pessoas que passaram no mínimo dois anos ininterruptos ou até décadas em hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, reconhecendo os impactos sociais e subjetivos da internação prolongada. O auxílio-benefício é uma estratégia de reabilitação psicossocial e combate à pobreza extrema, fortalecendo a autonomia das pessoas e viabilizando o acesso a moradia, alimentação, vestuário, transporte, lazer e outras necessidades básicas.

A implementação do PVC também articula os beneficiários com os serviços da Raps, com os SRTs, com as equipes de saúde da atenção primária, centros de convivência, além de políticas de assistência social, trabalho e direitos humanos. A articulação entre os SRTs e o PVC tornou-se uma das bases mais importantes do processo de desinstitucionalização no Brasil. Enquanto os SRTs garantem moradia com suporte psicossocial, o PVC proporciona apoio econômico direto à pessoa desinstitucionalizada.

É importante destacar que o processo de desinstitucionalização não se restringe ao campo da saúde. Embora a ampliação da Raps seja fundamental, é igualmente necessário reconhecer e articular as diversas modalidades de moradia, ou residencialidades, presentes em outras políticas públicas do poder executivo, como assistência social, habitação e direitos humanos. A construção de projetos de vida em liberdade demanda uma avaliação cuidadosa dos serviços, equipamentos e recursos financeiros disponíveis em diferentes setores governamentais, com o objetivo de garantir respostas integradas e sustentáveis às necessidades das pessoas usuárias em processo de desinstitucionalização. Algumas dessas pessoas podem necessitar de benefícios sociais que vão além dos critérios estabelecidos pelo Programa De Volta Para Casa. Nesse cenário, torna-se essencial adotar uma abordagem intersetorial e integrada, capaz de responder à complexidade das demandas e de articular diferentes políticas públicas para a garantia de direitos e o fortalecimento da inclusão social.

2.4.1 Programa De Volta Para Casa

O Programa De Volta Para Casa (PVC) dispõe sobre o auxílio-reabilitação psicossocial, destinado às pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (no mínimo 2 anos ininterruptos) em hospitais psiquiátricos ou de custódia, visando favorecer a ampliação da rede de relações destas pessoas e o seu bem-estar global, estimular o exercício pleno dos seus direitos civis, políticos e de cidadania, fora da unidade hospitalar.

Conforme disposto no Art. 97, da Portaria GM/MS n.º 4.876, de 18 de Julho de 2024, sobre as competências da EAP-Desinst, especificamente no Inciso IX, compete informar à referência técnica designada pelo município habilitado no Programa De Volta Para Casa, de que trata a Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003, sobre a localização da pessoa que foi desinternada ou recebeu ordem de desinternação de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e apoiar tecnicamente as equipes de

referência do município acerca do encaminhamento da documentação requerida, nos casos elegíveis, para o recebimento do auxílio à reabilitação psicossocial.

Entretanto, o § 4º informa que, para os fins do inciso IX do caput do Art. 97, a desinternação ou soltura deve ser informada à Secretaria Municipal de Saúde, na hipótese de o município não ser habilitado no Programa De Volta Para Casa.

Nesse sentido, para a pessoa usuária ser incluída no Programa De Volta Para Casa, o município em que a pessoa desinstitucionalizada será acolhida deve proceder com adesão ao Programa, conforme disposto nas normas citadas anteriormente que sustentam o PVC. Ressaltamos que todo município deve ter uma referência técnica para o Programa, sendo esta responsável por acompanhar, orientar e encaminhar o processo de inclusão da pessoa beneficiária do Programa, entre outras responsabilidades. Portanto, é importante alinhar-se com a Coordenação de Saúde Mental municipal/local, ou o Caps que realizará o acompanhamento da pessoa usuária e solicitar maiores informações sobre o PVC.

Importante destacar que o Auxílio Reabilitação Psicossocial do Programa De Volta Para Casa pode ser acumulado com os benefícios sociais, a exemplo do Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), bolsa família, assim como outros benefícios eventuais ou benefícios previdenciários como aposentadorias, pensões, etc, ambos da Seguridade Social.

Nesse contexto, se o município já estiver habilitado, é necessário notificar a Referência Técnica do Programa De Volta Para Casa sobre o sujeito desinstitucionalizado, a fim de que sejam tomadas as providências necessárias para viabilizar que o usuário possa receber o benefício. No caso de o município não estar habilitado ou ainda não possuir beneficiários, é essencial informar sobre a necessidade de iniciar o processo de habilitação para garantir o direito ao benefício. Além disso, é fundamental orientar sobre a documentação necessária para a inclusão no PVC, a saber:

1. Ficha de Cadastramento.
2. Ficha de Cadastro Complementar.
3. Cópia Simples RG e CPF.
4. Comprovante de Período de Internação (data de entrada e saída) da Instituição Psiquiátrica (Hospital Psiquiátrico, Clínica Psiquiátrica, Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico). Assinatura pelo médico responsável ou pelo diretor do estabelecimento.

5. Alvará de Soltura ou Guia de Desinternação em caso de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).
6. Comprovante de Residência (em nome do beneficiário) ou Declaração de Residência.
7. Comprovante de Conta Bancária – Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal (cópia simples do Extrato).
8. Anexo II – Solicitação de Auxílio-Reabilitação Psicossocial.

Caso o beneficiário tenha uma interdição civil e uma curatela:

9. Anexo III – Solicitação de Auxílio-Reabilitação Psicossocial pelo Representante Legal (com curador).
10. Anexo VI – Termo de Compromisso do curador.
11. Cópia Simples RG e CPF do curador.
12. Termo de Curatela ou Certidão de Nascimento com Averbação.

Informamos, ainda, que as documentações listadas acima poderão ser solicitadas por meio do endereço eletrônico devoltaparacasa@saude.gov.br, canal institucional destinado ao recebimento de demandas, orientações e esclarecimentos relacionados ao Programa De Volta Para Casa e aos procedimentos necessários para sua operacionalização.

No que diz respeito à curatela, é fundamental ressaltar que o Programa De Volta Para Casa (PVC) tem como princípio orientador a promoção da autonomia da pessoa usuária, assegurando seu protagonismo tanto na definição quanto no uso dos recursos financeiros do benefício. Nessa direção, torna-se imprescindível a revisão dos processos de curatela, bem como a adoção do mecanismo tomada de decisão apoiada, com o acompanhamento da equipe de cuidado do Caps, nos casos em que a pessoa usuária necessite de maior suporte, conforme pactuado no Projeto Terapêutico Singular (PTS).

A tomada de decisão apoiada consiste em um modelo que reconhece a capacidade civil da pessoa usuária, oferecendo os apoios necessários para que ela possa compreender, avaliar e decidir sobre questões de sua vida, inclusive o uso do benefício, sem que suas escolhas sejam substituídas por terceiros (CNMP, 2016). Nesse contexto, o uso do recurso deve ser construído conjuntamente com o beneficiário, garantindo-lhe liberdade e autonomia, com a atuação da pessoa apoiadora, quando

necessário, cuja função é orientar e auxiliar no processo de decisão, e não substituí-lo ou decidir em seu lugar.

Na medida em que as legislações internacional e constitucional definem que todas as pessoas com deficiência devem ter sua capacidade legal reconhecida, cabendo ao Estado e sociedade garantir-lhes o exercício dos direitos em condições de igualdade com as demais, a curatela perde expressiva importância na regulação social, pois tem como finalidade a substituição da vontade do sujeito, e não o fortalecimento da autonomia. Efeito da curatela é sua função de aprofundar as barreiras diversas vividas pelas pessoas com deficiência, a exemplo de profissionais bancários e previdenciários. Explica-se: para acesso a benefícios, uma corriqueira barreira tem sido a autorização, nos postos da previdência social, condicionada à submissão a decisões judiciais de curatela ou até mesmo as interdições, dispositivo superado com o advento da LBI e necessária mudança do paradigma da incapacidade (Azevedo, 2016). Outra barreira se realiza a partir do mesmo condicionamento no que tange ao direito de abrir conta bancária para acessar a renda gerada seja pelos benefícios seja pela força de trabalho. Da mesma forma, as ações em saúde não devem estar condicionadas à imposição de curatela.

Tais atrelamentos são ilegais, uma vez que não cabe aos profissionais bancários e previdenciários restringir o exercício de direitos fundamentais.

Ademais, é importante orientar que toda a documentação reunida deve ser enviada em formato PDF, por processo individual para cada pessoa usuária, pela Referência Técnica do município ao Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, por meio do seguinte endereço eletrônico: devoltaparacasa@saude.gov.br.

Esse conjunto de orientações fornecidas pela EAP-Desinst aos municípios que receberão as pessoas desinstitucionalizadas é essencial, não apenas considerando a transição qualificada do cuidado às pessoas usuárias que estão saindo de instituições totais para um modelo de cuidado em liberdade, mas também para garantir a autonomia dessas pessoas ao integrá-las ao Programa De Volta Para Casa.

Por fim, ressalta-se que, a Equipe EAP-Desint, observando o seu essencial papel articulador, deve estar comprometida em promover o apoio técnico que as equipes de referência das gestões de saúde dos municípios e dos equipamentos da Raps local venham necessitar, de modo a instrumentalizarem-se para proceder com a habilitação dos municípios ao Programa e para viabilizar a ágil inserção dos beneficiários.

2.4.2 Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) constituem dispositivos centrais no processo de desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental, ao viabilizarem o cuidado em liberdade para aquelas que vivenciaram longos períodos de internação em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia. Seu propósito é assegurar o direito à moradia como componente do cuidado em saúde, favorecendo o resgate das identidades, a reconstrução de vínculos sociais e comunitários, o fortalecimento dos laços afetivos e familiares e a inclusão dessas pessoas na vida em sociedade.

Esses serviços foram criados para pessoas com transtorno mental graves ou persistentes, muitas vezes em condição de vulnerabilidade social, como uma alternativa digna de moradia e cuidado para egressos de internações prolongadas, com o objetivo de garantir seus direitos à moradia, à convivência social e à cidadania. Inseridos no ambiente comunitário, os SRTs proporcionam um espaço que promove o desenvolvimento da autonomia e a reabilitação psicossocial das pessoas moradoras, por estarem necessariamente atrelados a um Caps. Vale ressaltar que os SRTs são exclusivos para pessoas egressas de longa permanência de Hospitais Psiquiátricos e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

A regulamentação dos SRT está detalhada no Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 3, de 28 de setembro de 2017, que define as modalidades e parâmetros para o funcionamento destas. As normativas preveem dois tipos de SRT, dependendo da complexidade do cuidado necessário e do perfil das pessoas moradoras. As modalidades podem variar de acordo com o nível de autonomia dos beneficiários e o suporte necessário para garantir seu bem-estar e reabilitação psicossocial. A portaria especifica que esses serviços devem estar articulados com a rede de saúde mental e de assistência social do território em que está localizado, garantindo uma atenção integral e contínua.

Assim, compreendemos que os SRTs têm papel central no processo de superação do modelo manicomial, sendo um espaço que acolhe, promove o convívio comunitário e oferece suporte para que as pessoas moradoras possam reconstruir suas vidas de forma digna, autônoma e integrada ao espaço da cidade.

A EAP-Desinst, a partir do momento em que realiza a avaliação de cada pessoa usuária, passa a ter os elementos necessários para compreender quais as modalidades de moradia e cuidado serão oportunas para cada pessoa no processo de desinstitucionalização. Esta avaliação permite analisar se a pessoa usuária tem

condições de retornar ao seu contexto familiar, ou se é necessário providenciar alguma forma de moradia. Essa avaliação é essencial para garantir que a pessoa tenha um ambiente adequado, seguro e favorável à sua reabilitação psicossocial.

É importante ressaltar, no entanto, que nem todas as pessoas desinstitucionalizadas atendem aos critérios para serem inseridas em um Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Os SRTs são direcionados a egressos de longa permanência em Hospitais Psiquiátricos ou Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e seu propósito é proporcionar um ambiente que favoreça a autonomia e a reintegração social. Contudo, cada caso deve ser analisado individualmente, e a decisão sobre o modelo de moradia deve ser pensada com base nas necessidades de saúde, do território e específicas de cada sujeito.

Não é adequado simplesmente determinar a criação de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e alocar um morador em uma residência em qualquer município, sem antes considerar os critérios de implantação/elegibilidade e as alternativas de moradia que sejam mais apropriadas à realidade local e às necessidades específicas do morador. Caso a pessoa necessite de uma moradia e não se enquadre nos critérios de elegibilidade ou não exista SRT, é necessário pensar em possibilidades junto a outras políticas públicas, como as de assistência social, habitação, entre outras, para garantir um acompanhamento mais integrado e uma abordagem mais adequada.

A implantação de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT), bem como a definição da inserção de uma pessoa em determinada moradia, deve ser precedida de análise cuidadosa que considere seus desejos, singularidades e projeto de vida, além dos critérios de elegibilidade e das condições de implantação do serviço. É igualmente necessário avaliar as alternativas de moradia existentes no território, de modo a identificar a solução mais adequada às necessidades da pessoa. Nos casos em que não houver indicação ou disponibilidade de SRT, torna-se fundamental articular respostas com outras políticas públicas como assistência social, habitação e direitos humanos, assegurando acompanhamento integral e a construção de estratégias que promovam o cuidado em liberdade e a inclusão social.

A EAP-Desinst, portanto, tem um papel central não apenas na avaliação biopsicossocial, mas também na articulação de estratégias intersetoriais, que envolvem tanto o Sistema Único de Saúde (SUS) quanto outras políticas públicas, para que o processo de desinstitucionalização ocorra de maneira segura, responsiva e que favoreça a autonomia e a qualidade de vida do usuário.

Diante disso, é importante que a Equipe EAP-Desint, desempenhando seu papel articulador, esteja em alinhamento com este dispositivo da Raps, ou outras formas de residencialidades, apoiando tecnicamente os profissionais que lá prestam seus serviços, facilitando o estabelecimento de fluxos de comunicação da equipe técnica de referência da moradia com os demais atores das políticas públicas setoriais, cujas suas ações, programas e projetos possam favorecer a qualidade de vida das pessoas moradoras da residência, estimular sua autonomia e garantir acesso a direitos.

Em situações específicas, especialmente envolvendo pessoas que ingressam no sistema de justiça, seja por meio de audiências de custódia ou ao longo de todo o ciclo penal e que apresentam sofrimento psíquico relacionado ao uso de álcool e outras drogas, é fundamental reconhecer a necessidade de uma atenção qualificada e específica para esse público, que frequentemente vivencia múltiplas vulnerabilidades e, por vezes, não é reconhecido como destinatário das diretrizes da Resolução CNJ n.º 487/2023 ou como público das EAP-Desinst.

Nesse contexto, a EAP-Desinst pode e deve articular o cuidado com os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), incluindo as Unidades de Acolhimento (UA), quando disponíveis no território. Esses serviços têm como finalidade oferecer acolhimento transitório e cuidado contínuo a pessoas com transtorno mental grave e persistente associado ao uso de álcool e outras drogas, que necessitem, de forma temporária, de um ambiente protegido fora da cena de uso. As Unidades de Acolhimento organizam-se em duas modalidades: Unidades de Acolhimento Adulto (UAA) e Unidades de Acolhimento Infantojuvenil (UAI), esta última destinada a crianças e adolescentes de 10 a 18 anos incompletos, e constituem importante estratégia para o cuidado em liberdade, devendo ser acionadas de forma articulada com os demais pontos da rede.

As Unidades funcionam 24 horas por dia e contam com uma equipe multiprofissional que oferece apoio individualizado aos acolhidos, sempre em articulação com os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), especialmente os Caps AD, garantindo a continuidade do cuidado. Além disso, promovem um ambiente de convivência familiar e comunitária, respeitam os direitos humanos e a individualidade dos acolhidos e se articulam com outras políticas públicas, como educação, assistência social e trabalho.

2.5 Sistema Único de Assistência Social (SUAS)

As EAP-Desinst desempenham papel estratégico na articulação entre as políticas públicas, a partir das necessidades singulares apresentadas em cada caso, promovendo

a integração entre saúde, assistência social, justiça e demais setores. Essa integração deve estar refletida nos Planos Estaduais de Desinstitucionalização, que precisam ser continuamente elaborados e aprimorados com vistas ao fortalecimento de estratégias de inclusão social, como inserção no trabalho, acesso à educação, garantia de moradia ou de outras modalidades de residencialidade, bem como ao acesso a direitos, serviços e políticas públicas. Nesse processo, ganha centralidade o trabalho junto às famílias, reconhecidas como parte fundamental da rede de cuidado, demandando ações específicas de acompanhamento, orientação e fortalecimento de vínculos.

Para sustentar o processo de desinstitucionalização e ampliar o exercício da cidadania, é imprescindível estabelecer uma articulação contínua e qualificada com a Política de Assistência Social, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Essa articulação deve incluir, de forma estruturada, o trabalho com familiares e redes de apoio, por meio dos serviços socioassistenciais, como Cras e Creas, contribuindo para o acolhimento das famílias, a reconstrução de vínculos fragilizados e o enfrentamento das vulnerabilidades sociais que atravessam o cuidado em saúde mental. Dessa forma, o apoio às famílias deixa de ser um elemento secundário e passa a constituir eixo fundamental para a sustentação do cuidado em liberdade e da inclusão social das pessoas acompanhadas.

Os benefícios sociais, a exemplo do Benefício de Prestação Continuada (BPC), configuram-se como direitos fundamentais ao assegurar um auxílio pecuniário mensal às pessoas com deficiência, incluindo aquelas com transtorno mental que enfrentam obstáculos para sua inserção no mercado de trabalho, e às pessoas idosas com 65 anos ou mais em situação de vulnerabilidade. Inserida no âmbito da rede de proteção social, essa política exerce papel estratégico na promoção da inclusão, na melhoria das condições de vida e no fortalecimento da autonomia das pessoas beneficiárias. Nesse sentido, a articulação entre a assistência social, a saúde e as demais políticas públicas é indispensável para a garantia do cuidado integral e para a superação das barreiras sociais que incidem sobre essa população.

Os benefícios eventuais, previstos no artigo 22 da LOAS, são provisões de caráter suplementar e temporário destinadas a atender necessidades específicas em situações como nascimento, falecimento, vulnerabilidades temporárias e calamidades públicas.

Para maiores informações sobre os benefícios e as ações do SUAS para a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, acesse o Protocolo Interinstitucional, especificamente

o item 6.2 Política de Assistência Social (pág. 80), por meio do link: <https://www.cnj.jus.br/protocolo-traz-diretrizes-para-implementacao-de-politica-antimanicomial-no-judiciario/>.

Para desenvolver estratégias de acolhimento transitório, que atendam às necessidades das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, é fundamental que os casos sejam compartilhados e discutidos de maneira integrada no Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário (Ceimpa), bem como entre as equipes e serviços das políticas de Saúde (SUS), da Assistência Social (SUAS), dos Direitos Humanos e da Habitação, ambas garantidas em todo o território nacional. Essas pactuações e alinhamentos devem ser realizados com base na realidade de cada município da federação, coordenado pelas equipes EAP-Desinst.

No processo de desinstitucionalização dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), é fundamental que os serviços de base territorial e comunitária estejam cientes dos casos referenciados em seus municípios e regiões. Esses serviços, que integram a Raps no âmbito da saúde, devem atuar em articulação com a Assistência Social, contribuindo para a estruturação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos indivíduos, incluindo suas famílias e de suas redes sociais. O objetivo é avançar na integralidade do cuidado, fortalecendo vínculos e promovendo cuidados comunitários. Além disso, é essencial articular outras políticas públicas necessárias ao processo de reabilitação psicossocial, incluindo estratégias de reabilitação psicossocial voltadas para o trabalho e geração de renda, educação, cultura, esporte e lazer, habitação, e promoção de direitos humanos, entre outras áreas.

É importante ressaltar que grande parte dos indivíduos inseridos nos HCTPs ou em instituições similares já se encontrava em situações de vulnerabilidade social antes de sua internação. Muitos não acessavam serviços públicos voltados à saúde ou à assistência social, o que reforça a necessidade de corresponsabilização dessas políticas no cuidado a essa população vulnerabilizada. Esses indivíduos frequentemente enfrentavam barreiras relacionadas a recursos sociais, de saúde, econômicos e ambientais, exigindo uma abordagem profissional de baixa exigência, de natureza criativa e adaptada aos recursos disponíveis no território onde serão reinseridos.

No âmbito das estratégias previstas pela Política de Assistência Social, conforme a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais e as demais normativas e pactuações definidas no SUAS (Protocolo Interinstitucional), é fundamental destacar que o acesso a esses serviços, incluindo acolhimento, deve ser viabilizado por meio

dos Centros de Referência de Assistência Social (Cras) ou dos Centros de Referência Especializado de Assistência Social (Creas). Assim, torna-se essencial que a discussão dos casos ocorra previamente à saída da pessoa do HCTP, envolvendo representantes das Políticas de Saúde e de Assistência Social de cada município.

Considerando os atuais desafios de articulação intersetorial, especialmente com o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), é importante reconhecer que a construção de alternativas de moradia para pessoas em processo de desinstitucionalização ainda demanda avanços. No âmbito da Política de Assistência Social, existem serviços como Casas de Passagem, Centros de Acolhida e Repúblicas, destinados a pessoas com maior autonomia nas atividades da vida diária. Além disso, no caso de pessoas com deficiência e pessoas idosas (acima de 60 anos), há a possibilidade de articulação com serviços como Moradias Assistidas e Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). No entanto, é fundamental que a definição de cada encaminhamento seja construída de forma conjunta com as equipes de referência da assistência social, de modo a avaliar a adequação de cada alternativa à realidade territorial e às necessidades específicas de cada pessoa.

Os recursos de residencialidade mencionados, embora possam atender pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei, muitas vezes não estão disponíveis em grande parte dos municípios, e outras opções locais podem existir. Isso reforça a importância do trabalho intersetorial em rede, envolvendo as equipes EAP-Desinst, para construir arranjos de acolhimento institucional que garantam a integralidade do cuidado e promovam a Reabilitação Psicossocial e o cuidado em liberdade.

3 DESTINATÁRIOS DAS AÇÕES DAS EAP-DESINST

Importante ressaltar, neste momento do material, que o art. 96 da Portaria GM/MS n.º 4.876, de 18 de julho de 2024, define os critérios de elegibilidade para o acesso às ações e aos serviços da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinst), estabelecendo prioridade para os casos de transtornos mentais graves ou persistentes e vinculando a atuação da equipe à condição de a pessoa estar em conflito com a lei.

O texto estabelece uma variedade de situações em que uma pessoa pode ser beneficiada pelos serviços da EAP-Desinst e abrange desde casos em que a pessoa está sendo investigada pela polícia até aqueles em que a pessoa já cumpriu medida de segurança, mas ainda precisa de acompanhamento. A seguir, o detalhamento dessas condições:

- Quando a pessoa está sendo investigada pela polícia, com um inquérito em andamento.
- Quando está sob a responsabilidade da justiça criminal, como detida ou custodiada.
- Quando responde a um processo criminal e está cumprindo pena em regime fechado, em prisão provisória, ou aguardando julgamento em liberdade, desde que tenha sido instaurado um pedido formal para avaliar sua saúde mental.
- Quando está cumprindo uma medida de segurança imposta pela justiça, com acompanhamento necessário.

Outro aspecto importante é que o parágrafo único do Art. 96 amplia o alcance da norma, ao incluir expressamente as pessoas com sofrimento mental relacionado ao uso de álcool e outras drogas, conforme previsto no caput do artigo, evidenciando uma abordagem mais abrangente em relação às diferentes demandas de saúde mental.

Essa normativa reflete os princípios de cuidado integral e respeito aos direitos humanos, promovendo a continuidade de atenção à saúde mental no contexto de desinstitucionalização e no enfrentamento às instituições asilares.

4 LIMITES TERRITORIAIS DE AÇÕES DAS EAP-DESINST

Conforme os parâmetros apresentados no parágrafo único do Art. 100 do Art. 1º da Portaria GM/MS n.º 4.876/2024, a EAP-Desinst deve adotar como referência o acompanhamento de até 80 pessoas, o que impõe a necessidade de um planejamento estratégico para sua atuação.

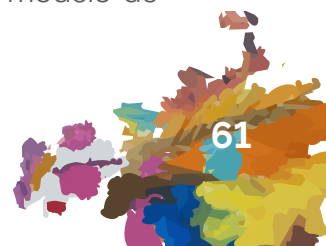
A definição sobre a abrangência da EAP-Desinst no estado deve considerar diferentes aspectos estruturais e demandas específicas do território, de preferência discutidas no âmbito do Ceimpa. Uma possibilidade seria a organização da equipe por regiões de saúde, alinhando-se à lógica da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e integrando os serviços disponíveis no SUS. Essa abordagem garantiria maior proximidade com os municípios, favorecendo articulações intersetoriais e respostas territorializadas.

Outra opção seria a distribuição por polos de audiências de custódia, considerando o papel dessas audiências na análise inicial de casos de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei e a necessidade de suporte para os encaminhamentos na porta de entrada do sistema de justiça, especialmente quando envolvem questões de saúde mental.

Alternativamente, a EAP-Desinst poderia ser direcionada a atuar em comarcas com maior volume de encarceramento, incluindo as que concentram pessoas em medida de segurança. Esse critério priorizaria locais com maior demanda potencial, promovendo intervenções em territórios mais afetados pelas questões do sistema prisional e saúde mental.

Independentemente do modelo escolhido, é essencial que a organização da EAP-Desinst seja orientada por diagnósticos situacionais regionais, identificação de fluxos prioritários e articulação com as redes intersetoriais, incluindo, necessariamente, a Assistência Social e o Sistema de Justiça. Essa estratégia assegura maior efetividade no acompanhamento, promovendo a integralidade do cuidado e o fortalecimento da reabilitação psicossocial e o cuidado em liberdade.

O estado pode e deve dispor de mais de uma EAP-Desinst, conforme o parâmetro estabelecido no parágrafo único do art. 99 da Portaria GM/MS n.º 4.876/2024, sendo o quantitativo e a distribuição dessas equipes definidos a partir das especificidades territoriais, do volume de casos e dos arranjos interinstitucionais existentes. Nesse sentido, o planejamento deve considerar as realidades locais e estar claramente estruturado nos planos de ação das EAP-Desinst a serem apresentados ao Ministério da Saúde no momento do pleito de habilitação, evidenciando de forma explícita o modelo de



atuação, a cobertura territorial, os fluxos de trabalho e a articulação com a Rede de Atenção Psicossocial e com o sistema de justiça no âmbito estadual.

4.1 Articulação com outros estados para retorno aos territórios das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei

É fundamental reconhecer que pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, assim como qualquer cidadão, têm o direito de transitar por todo o território nacional. Isso é possível desde que não haja pendências judiciais, como no caso de extinção da medida de segurança, ou mediante autorização judicial, nos casos em que o juiz de origem permita a mudança de domicílio, como nas situações de desinternação condicional com transferência do processo para acompanhamento ambulatorial em outra comarca ou estado. Além disso, é importante considerar que muitas dessas pessoas foram internadas em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) ou instituições similares, muitas vezes distantes de seus territórios de origem, ou possuem vínculos familiares e sociais em outros estados da federação.

No processo de transferência de usuários entre estados, destaca-se a importância da atuação da EAP-Desinst. A equipe é responsável por articular com a Coordenação de Saúde Mental do outro estado e conduzir o caso de maneira integrada. É essencial que a EAP-Desinst do estado de origem garanta a acolhida inicial, monitore a pessoa e acompanhe a extinção ou execução da medida de segurança de tratamento ambulatorial nos serviços da Raps, enquanto coordena a transição para o estado de destino.

A transferência entre estados exige ações bem planejadas e articuladas entre as EAP-Desinst envolvidas, garantindo que o acolhimento seja adequado e contínuo. Esse processo deve incluir a troca de informações detalhadas, reuniões para discussão do caso e a elaboração de relatórios psicossociais que assegurem a continuidade do cuidado. Essa articulação interestadual é fundamental para que a desinstitucionalização ocorra de forma eficiente, respeitando as necessidades do indivíduo e promovendo o seu retorno à origem e, caso seja possível, ao convívio familiar.

Após a devida autorização judicial para a transferência interestadual de pessoa com transtorno mental em conflito com a lei para seu estado de origem, os recursos federais destinados às EAP-Desinst poderão ser utilizados para viabilizar esse deslocamento, considerando seu caráter de custeio. Tal utilização deve estar alinhada às finalidades da política pública, garantindo a continuidade do cuidado, a vinculação ao território de referência e o apoio às estratégias de desinstitucionalização, observadas as normativas vigentes e a adequada prestação de contas dos recursos empregados.

5 MATRICIAMENTO COM OS SERVIÇOS TERRITORIAIS

O apoio matricial é uma metodologia de trabalho que fortalece a capacidade resolutiva das equipes e serviços de saúde. Tem como objetivo oferecer suporte técnico-pedagógico e retaguarda assistencial entre diferentes profissionais e serviços de saúde, promovendo um acompanhamento longitudinal e integral (Campos; Domitti, 2007).

Para que seja eficaz, deverá ser composta por uma equipe de referência e um apoiador matricial, que devem atuar de maneira conjunta e integrada para a resolução de problemas. Além disso, o apoio matricial possibilitará a comunicação ativa e o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores.

O apoio matricial, também denominado matriciamento, é uma estratégia consolidada pelo Ministério da Saúde como fundamental para qualificar a atenção psicossocial e fortalecer a resolutividade das equipes de referência na Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Seu objetivo é promover o compartilhamento de saberes e práticas entre os serviços especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), e as equipes da Atenção Básica, de forma a ampliar a capacidade de cuidado no território (Brasil, 2011, 2021).

O primeiro passo para a implementação do apoio matricial consiste no mapeamento das demandas e na definição de objetivos conjuntos entre as equipes envolvidas. Nesse processo, é essencial identificar as principais dificuldades enfrentadas pelas equipes de referência no manejo de casos de saúde mental, como situações de crise, transtornos mentais graves, uso abusivo de álcool e outras drogas, além de questões psicossociais complexas. A construção conjunta desses objetivos orienta o tipo de apoio a ser ofertado, seja ele clínico, pedagógico ou organizativo (Brasil, 2011).

O segundo passo envolve o planejamento das ações matriciais, que deve ser feito de forma pactuada entre os serviços matriciadores e as equipes apoiadas. Esse planejamento inclui a definição da frequência dos encontros, os formatos de intervenção (como discussões de caso, interconsultas, atendimentos compartilhados ou oficinas temáticas) e a organização dos papéis e responsabilidades de cada equipe (Brasil, 2021).

Na etapa de execução, o apoio matricial se materializa por meio de diversas estratégias. Segundo Campos e Domitti (2007), o matriciamento se estrutura em três componentes essenciais: (a) a realização de atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e a equipe de referência; (b) a realização de intervenções especializadas pelo apoiador, com a manutenção de contato contínuo com a equipe

de referência; e (c) a promoção de troca de conhecimentos e orientações, estimulando a construção compartilhada de soluções terapêuticas e organizativas. Essas ações incluem, portanto, discussões de casos clínicos, atendimentos conjuntos, interconsultas, visitas domiciliares compartilhadas e atividades educativas, todas com o propósito de fortalecer o protagonismo da equipe de referência e ampliar sua capacidade de cuidado (Brasil, 2011, 2021).

Outro aspecto fundamental é o registro e o monitoramento das ações matriciais. Os serviços devem manter registros sistemáticos das atividades realizadas, incluindo a descrição das ações, os profissionais envolvidos e os resultados observados, de modo a permitir o acompanhamento contínuo e a avaliação de resultados (Brasil, 2021).

Por fim, o processo de apoio matricial requer uma avaliação periódica, na qual as equipes envolvidas revisitam os resultados alcançados, discutem os desafios encontrados e ajustam as estratégias conforme as necessidades locais. Esse ciclo contínuo de planejamento, execução, monitoramento e avaliação garante que o matriciamento se mantenha vivo, responsivo e coerente com as demandas do território e da população (Brasil, 2011, 2021).

O Ministério da Saúde destaca que o apoio matricial deve sempre estar alinhado aos princípios da educação permanente em saúde, do compartilhamento de saberes, da corresponsabilidade e da construção de vínculos entre os serviços, reforçando a articulação intersetorial quando necessário, especialmente nos casos que envolvam políticas de assistência social, educação ou justiça (Brasil, 2011, 2021).

No âmbito do apoio matricial, a EAP-Desinst atua como dispositivo estratégico de suporte técnico-pedagógico e assistencial às equipes da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) especializada, às equipes da atenção primária e às equipes de saúde no sistema prisional, contribuindo para a qualificação do cuidado às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Sua atuação envolve o mapeamento conjunto de demandas, a discussão de “casos complexos”, a realização de interconsultas e atendimentos compartilhados, bem como a orientação sobre fluxos de cuidado e articulação intersetorial com o sistema de justiça e a assistência social. Ao apoiar as equipes de referência na construção de Projetos Terapêuticos Singulares e na definição de estratégias de cuidado em liberdade, a EAP-Desinst fortalece a resolutividade dos serviços, promove o compartilhamento de saberes e contribui para a construção de respostas mais integradas, evitando encaminhamentos desnecessários e favorecendo a desinstitucionalização no território.

5.1 Articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS)

Na APS, é possível identificar e tratar questões de saúde mental, profissionais devem estar preparados para isso, desenvolvendo competências específicas e utilizando o apoio de equipes de saúde mental de referência para a construção de um projeto terapêutico integrado.

A EAP-Desinst desempenha um papel central na articulação com os territórios de destino para o acolhimento de pessoas em processo de desinstitucionalização. Essa articulação busca garantir que o retorno ou a inserção da pessoa na comunidade ocorra de forma planejada, segura e com suporte adequado às suas necessidades de saúde e inclusão social.

Nos casos em que o município de destino é classificado como município de pequeno porte, com população inferior a 15 mil habitantes, torna-se ainda mais necessário um processo cuidadoso de construção conjunta do PTS. Nessas situações, o cuidado em saúde mental deve ser articulado diretamente com a Atenção Primária à Saúde (APS), considerando a ausência de serviços especializados, como Centros de Atenção Psicossocial (Caps), nesses territórios.

A EAP-Desinst, junto à equipe da APS local, atua na definição de fluxos de acompanhamento, na identificação de recursos comunitários disponíveis e na construção de um processo de apoio matricial, de modo a garantir que o cuidado seja compartilhado, contínuo e integrado. Essa estratégia visa fortalecer as capacidades locais de cuidado, promovendo um acompanhamento próximo e em rede, com o apoio técnico da Raps regional sempre que necessário.

5.2 Articulação com a Atenção Especializada à Saúde Mental

A EAP-Desinst também tem a responsabilidade de articular o cuidado junto aos serviços de atenção especializada em saúde mental, sempre que o município de destino da pessoa em processo de desinstitucionalização contar com esse tipo de oferta no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (Raps).

Essa articulação envolve o contato prévio com os serviços especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), e outros pontos de atenção da rede, com o objetivo de planejar a continuidade do cuidado e garantir a inclusão da pessoa no serviço de referência do território. Nesses casos, a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) deve envolver as equipes

da atenção especializada, assegurando a corresponsabilidade no acompanhamento clínico, psicossocial e comunitário.

A EAP-Desinst também pode atuar como um apoio matricial para as equipes da atenção especializada, orientando sobre estratégias de cuidado para pessoas com histórico de longa institucionalização, com foco na promoção da autonomia, reconstrução de vínculos sociais e prevenção de novas internações. Essa integração entre a equipe de desinstitucionalização e os serviços da Raps é fundamental para garantir a efetividade do processo de cuidado em liberdade.

5.3 Articulação com a rede de urgência e emergência

A rede de urgência e emergência, por atender casos agudos, se depara com pessoas em sofrimento mental que necessitam de atendimento imediato. Ainda assim, é necessário ratificar que, apesar dessa agudização provocada pela crise, nem todos os casos agudos exigem internação psiquiátrica como resposta inicial. O papel da EAP-Desinst se torna essencial, ao atuar em conjunto com a rede de urgência, podendo orientar e qualificar as equipes de emergência para lidar com pessoas com transtorno mental de maneira a promover um manejo da crise mais abrangente que priorize estratégias de acolhimento e estabilização evitando internações desnecessária. Tanto na porta de entrada quanto na porta de saída do sistema de justiça criminal, a articulação da EAP-Desinst com a rede de urgência e emergência deve assegurar respostas ágeis e adequadas, sem que a percepção da urgência se sobreponha à garantia de direitos.

Nesse contexto, é fundamental destacar que os critérios e os modos de realização das internações em saúde mental devem ser os mesmos aplicados a qualquer pessoa, independentemente de estar ou não em conflito com a lei, conforme preconiza a Lei n.º 10.216/2001 e as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial. O que se diferencia, nesses casos, é a necessidade de organização de fluxos de comunicação e articulação com a EAP-Desinst e com o Poder Judiciário, de modo a assegurar o acompanhamento do caso, a continuidade do cuidado e o alinhamento das decisões no âmbito da saúde e da justiça. O apoio matricial, nesse processo, contribui para qualificar as intervenções, evitar encaminhamentos inadequados e reduzir o sofrimento das pessoas e de suas famílias, promovendo cuidado em liberdade e atenção integral.

A inserção da EAP-Desinst, enquanto matriciadora da rede de urgência e emergência no contexto das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei,

apresenta uma série de benefícios para o sistema de saúde. Esse processo, tem o potencial de diminuir o número de internações psiquiátricas desnecessárias e prolongadas, reduzindo a histórica sobrecarga das instituições hospitalares. Além disso, favorece estratégias de atenção à saúde integral, comunitária e territorial. Por fim, promove um conceito ampliado de cuidado. Como efeito adicional, também é factível a redução dos custos de operação do sistema de internação em leitos de saúde mental, bem como o giro de leitos tende a experimentar maior dinamismo.

É importante garantir fluxos regulatórios para esses usuários que organizem a entrada deles em leitos de saúde mental, quando necessário. Para tanto, a EAP-Desinst precisa estreitar o canal de comunicação com os sistemas de regulação de leitos que dispõe nos territórios. Assim, define com cada agência de regulação um fluxo específico para os pacientes oriundos da audiência de custódia, do manicômio judiciário ou do sistema prisional, como um todo. Assim, a EAP-Desinst pactua com a agência estadual ou municipal de regulação a adoção desses critérios e a operacionalização do sistema.

Destaca-se que diversas regulamentações do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) apontam que, durante a internação, o uso de algemas para contenção física não é permitido. O uso desse equipamento em pacientes oriundos do sistema prisional durante internações psiquiátricas deve ter cunho excepcional e restrito a situações de risco evidente, não presumido à integridade física dos agentes ou tentativa de fuga, conforme a Súmula Vinculante n.º 11 do STF, que também exige justificativa formal, por escrito, do agente executor da medida. Além disso, a Lei n.º 10.216/2001, Lei da Reforma Psiquiátrica e a Resolução CNJ n.º 487/2023 destacam a obrigatoriedade de um tratamento humanizado e o respeito à dignidade, condenando práticas constrangedoras ou exposição dispensável. Existem, também, normas internacionais, como as Regras de Mandela, que reforçam o caráter excepcional das medidas restritivas que devem ser proporcionais, justificadas e limitadas a casos extremos.

Detaca-se que caso o núcleo de audiência de custódia disponha de Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada (Apec), recomenda-se que essa equipe realize o primeiro acolhimento das pessoas que apresentem sofrimento mental ou deficiência psicossocial, a partir de escuta qualificada e observação de sinais clínicos, comportamentais e contextuais. Esse atendimento pode ocorrer de forma voluntária ou em situações de crise, devendo incluir a identificação de possíveis vínculos com a rede de saúde, uso prévio de medicação, referências familiares e outros elementos que subsidiem o cuidado. Nessas situações, o manejo da crise deve priorizar o acionamento

imediatos dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), especialmente os Caps de referência, podendo, quando necessário, acionar o Samu, garantindo resposta ágil e adequada.

Na ausência desse serviço, ou quando identificado indicativo de maior complexidade, a EAP-Desinst deverá ser acionada para apoio técnico, podendo realizar avaliação remota ou presencial, conforme viabilidade territorial e temporal, de modo a subsidiar o encaminhamento adequado antes da audiência. Ressalta-se que a atuação da EAP-Desinst deve ocorrer de forma articulada e, preferencialmente, posterior ao acionamento inicial da rede de urgência, evitando sobreposição de funções com a equipe local e com o serviço de atendimento à pessoa custodiada.

Recomenda-se, ainda, a organização de referência territorial da EAP-Desinst, com profissionais vinculados a polos regionais, para qualificar esse suporte, orientar fluxos e garantir que as decisões considerem o cuidado em liberdade e a inserção na rede de saúde desde o primeiro momento do contato com o sistema de justiça. Ocorrendo grave crise e a necessidade de encaminhamento à Rede de Urgência e Emergência, a audiência é suspensa e a pessoa em intenso sofrimento mental recebe primeiro suporte do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). Constatada a necessidade de remoção para unidade hospitalar, o fluxo segue conforme qualquer outra urgência em saúde. Ao finalizar o atendimento à urgência, a pessoa usuária retorna à audiência de custódia a fim de dar seguimento à sua trajetória no sistema da justiça.

5.4 Articulação com outros segmentos e políticas públicas

Garantir o cuidado de saúde mental em liberdade, com dignidade, promovendo a autonomia das pessoas e garantindo os seus direitos requer a interlocução sistemática com os serviços desempenhados pelas políticas públicas setoriais e/ou organizações da sociedade civil que atuam nesta perspectiva.

Dessa forma, a Equipe EAP-Desint poderá atuar através do mapeamento dos serviços e políticas, programas e projetos que podem potencializar as estratégias de cuidado e desenvolvimento de autonomia das pessoas usuárias em acompanhamento. Uma vez identificados tais cenários, torna-se oportuno que a Equipe EAP-Desint empreenda esforços para dialogar com essa rede de serviços e estabelecer as articulações necessárias para que estes possam alcançar, acolher e atender as demandas apresentadas pelas pessoas usuárias em acompanhamento pela equipe. Inclusive, estimulando que os PTS das pessoas usuárias possam contemplar o acesso a estas ações.

Pode-se apontar diversas possibilidades de políticas públicas e serviços que representam esse cenário de apoio e fortalecimento dos usuários em processo de desinstitucionalização, destacamos alguns deles abaixo:

- GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA, para pessoas que apresentam autonomia preservada e possam desempenhar atividades laborais que lhes proporcionem inserção no mercado formal ou informal de trabalho, trazendo para eles renda e fortalecimento da autonomia.
- ESPORTE E LAZER, como ferramenta importante para desenvolver habilidades e competências que permitam aos sujeitos interagirem de forma saudável e produtiva com outras pessoas, bem como favoreçam o acesso a atividades de caráter lúdico, a circulação nos espaços públicos da cidade e o seu reconhecimento como cidadão, fortalecendo o sentimento de pertencimento àquele território.
- EDUCAÇÃO, apresentando-se como importante mecanismo de acesso à direitos básicos de cidadania, ferramenta de desenvolvimento da sociabilidade, bem como de competências e habilidades imprescindíveis para o resgate e fortalecimento da autonomia dos sujeitos.
- ARTE E CULTURA, representando uma estratégia ampla de promoção do bem-estar, garantindo espaços de convivência entre os sujeitos e estratégias que venham possibilitar à estes expressarem sua criatividade, inventividade, emoções e talentos.
- HABITAÇÃO, fundamental direito a viabilizar a autonomia do sujeito.

No contexto da reabilitação psicossocial, a articulação entre trabalho e renda, esporte e lazer, educação, arte e cultura e habitação é fundamental para a construção de projetos de vida em liberdade, promovendo autonomia, inclusão social e exercício da cidadania. Essas dimensões ampliam as possibilidades de protagonismo social, fortalecem vínculos comunitários, favorecem o reconhecimento das potências individuais e coletivas e contribuem para a superação das desigualdades e dos efeitos da institucionalização, reafirmando o cuidado em liberdade como uma prática ética, política e territorial.

O Centro de Convivência (CeCo), instituído pela Portaria GM/MS n.º 5.738, de 14 de novembro de 2024, ocupa lugar estratégico na reabilitação psicossocial como dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) voltado à promoção de vínculos, convivência comunitária, participação social e produção de sentido na vida cotidiana, atuando de forma complementar aos serviços assistenciais e clínicos. Vinculado aos serviços da Raps, o CeCo não substitui o cuidado em saúde, mas integra o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como espaço privilegiado de circulação no território, fortalecimento da autonomia e ampliação das redes sociais dos usuários. Nesse sentido, sua inserção no PTS deve ser planejada e pactuada pelo serviço de cuidado de referência, preferencialmente o Caps e, na ausência deste, pela Unidade Básica de Saúde (UBS), garantindo que as atividades desenvolvidas no CeCo estejam articuladas às necessidades, desejos e projetos de vida da pessoa, contribuindo de forma decisiva para a sustentação do cuidado em liberdade e para a efetivação dos princípios da política antimanicomial.

6 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

Em um País de dimensões continentais e marcado por grande diversidade territorial, populacional e econômica, é fundamental que as equipes EAP-Desinst estejam estruturadas para responder, com efetividade, às múltiplas demandas que se apresentam nos diferentes contextos. Entre suas atribuições, destaca-se a elaboração de relatórios biopsicossociais destinados a subsidiar o Poder Judiciário na definição de alternativas terapêuticas compatíveis com o cuidado em liberdade, conforme preconizam a Lei n.º 10.216/2001 e a Resolução CNJ n.º 487/2023. Nesse sentido, a atuação das equipes é central tanto para a prevenção de novas institucionalizações quanto para a promoção da desinstitucionalização de pessoas internadas em hospitais de custódia e dispositivos congêneres (medida de internação), bem como para o acompanhamento das pessoas egressas dessas instituições (medida de tratamento ambulatorial). Tal atuação se concretiza por meio da articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), assegurando o acesso ao cuidado territorial e a construção de respostas alinhadas às necessidades singulares de cada pessoa.

O acompanhamento realizado pela EAP-Desinst consiste em um conjunto de ações que têm como objetivo avaliar a situação de cada indivíduo, considerando aspectos como a gravidade do transtorno mental, a natureza do crime cometido, as condições sociais e familiares, e o histórico de tratamento. Com base nessa avaliação, a equipe define o PTS em conjunto com a pessoa usuária, que deve considerar o vasto repertório da atenção psicossocial. A EAP-Desinst monitora o cumprimento do PTS, realizando avaliações periódicas e ajustando as intervenções conforme a necessidade. Além disso, a equipe busca articular a reabilitação psicossocial e o cuidado em liberdade da pessoa, articulando com outros serviços da rede de atenção psicossocial, como os Caps, e com a comunidade em geral, visando a autonomia e qualidade de vida das pessoas acompanhadas.

Para realizar esse trabalho, é necessário que a EAP-Desinst se articule com os territórios onde as demandas estão localizadas, considerando as particularidades de cada região e de cada indivíduo. Conhecer a pessoa no seu contexto territorial e os serviços disponíveis é uma oportunidade de aprendizagem e qualificação dos profissionais de saúde, assistência social e educação, principalmente no que se refere à reforma psiquiátrica e ao cuidado em liberdade. Apesar das dificuldades de acesso aos territórios, o uso de recursos tecnológicos pode ser uma alternativa para manter

o contato com usuários e equipes locais, embora o contato in loco seja essencial para compreender a dinâmica e as necessidades do território.

Importante destacar que entre as diversas situações que exigem ação da EAP-Desinst, destacam-se os casos de pessoas em hospitais de custódia - e unidades prisionais - que estão em processo de desinstitucionalização ou que estão envolvidos em incidentes de insanidade mental. Para atender a essas demandas, a equipe realiza uma série de etapas, como a verificação de dados junto às unidades prisionais, a coleta de informações sobre o histórico de saúde e penal da pessoa e o contato com a família para entender o contexto social e familiar. Caso a pessoa tenha sido atendida anteriormente pela Raps, a equipe também deve buscar informações sobre esse acompanhamento, identificando vulnerabilidades e discutindo com a assistência social local sobre o acesso a direitos e benefícios sociais.

Além disso, a EAP-Desinst realiza o acompanhamento contínuo dos usuários, registrando as informações de monitoramento e mantendo contato com os serviços de saúde e assistenciais para garantir a continuidade do tratamento no território. Quando uma pessoa é encaminhada ao Caps, a EAP-Desinst verifica em que modalidade de tratamento ela foi incluída e acompanha sua evolução. Em casos mais complexos, é desenvolvido um Projeto Territorial de Acompanhamento (PTA) – modelo de instrumento em anexo – em colaboração com outras equipes de saúde e assistência social.

A EAP-Desinst pode ser acionada pelo Poder Judiciário, de forma pontual, quando houver necessidade de avaliação multiprofissional sobre a situação de uma pessoa com possível transtorno mental grave ou persistente, especialmente em casos identificados durante as audiências de custódia. Nesses contextos, a equipe elabora relatórios multiprofissionais que apresentam informações clínicas e psicossociais relevantes, visando subsidiar a decisão judicial quanto à necessidade de instauração ou não de incidente de insanidade mental e orientando possíveis encaminhamentos na Rede de Atenção Psicossocial (Raps), sempre com foco na garantia de direitos e no início ou na continuidade do cuidado em liberdade.

Esse acompanhamento é fundamental para garantir que as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei tenham seus direitos respeitados e tenham acesso a um tratamento adequado, contribuindo para a redução da reentrada no sistema de justiça criminal e da (re)internação em hospitais psiquiátricos. Em resumo, o acompanhamento realizado pela EAP-Desinst é essencial para garantir o acesso das pessoas com transtorno mental a um cuidado em liberdade, promovendo sua reabilitação psicossocial.

7 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS EAP-DESINST

Incluir práticas avaliativas no cotidiano das instituições e serviços de saúde é uma demanda cada vez mais frequente nas políticas e programas do SUS (Contandriopoulos, 2006). Segundo Tanaka (2021), a avaliação é uma ação, que após um ciclo, possibilita aferir o resultado alcançado, a partir da medição, comparação e emissão de juízo de valor. A avaliação torna-se fundamental nos processos de gestão dos serviços, principalmente por contribuir para o aperfeiçoamento do processo de decisão na saúde (Tanaka; Tamaki, 2021).

Monitorar consiste em praticar análises longitudinais, que buscam produzir informações para revelar o curso ou desenvolvimento de algo no tempo. O monitoramento faz parte do acompanhamento contínuo de compromissos estabelecidos, como objetivos, metas e ações, de modo a verificar se esses estão sendo executados conforme o programado. É uma ação que deve ser instituída na rotina dos serviços de saúde, pois possibilita a correção dos problemas identificados (Tanaka, 2001).

O monitoramento e a avaliação das EAP-Desinst, conforme a Portaria GM/MS n.º 4.876/2024, incluem também um rigoroso acompanhamento do cumprimento das obrigações relativas ao cadastramento, ao envio de dados e à manutenção dos repasses financeiros. O § 2º do Art. 103 estipula que a continuidade do repasse financeiro está condicionada ao correto cadastramento das EAP-Desinst no Cnes (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) e ao envio regular de dados, conforme os cronogramas estabelecidos pelos sistemas de informação vigentes, sobretudo a produção a ser realizada no Boletim de Produção Ambulatorial, conforme a Portaria Saes n.º 2.070/2024. Esse processo é crucial para garantir a transparência e a correta utilização dos recursos destinados às EAP-Desinst.

O Art. 1.048-C da Portaria n. 4.876/2024 define claramente as situações que podem levar à suspensão do repasse do incentivo financeiro de custeio mensal para as EAP-Desinst. Entre elas, destacam-se a duplicidade de registro de profissionais, equipes incompletas ou desativadas, descumprimento da carga horária mínima de 30 horas semanais, e a falta de envio de informações à base de dados nacional (boletim de produção ambulatorial) por um período superior a três competências consecutivas. Caso uma dessas irregularidades seja constatada, o repasse financeiro será suspenso de forma imediata, podendo resultar no descredenciamento da EAP-Desinst após 12 competências consecutivas de não conformidade. O Ministério da Saúde assegura,



ainda, que, uma vez regularizada a situação, o repasse será restabelecido, garantindo o fluxo de recursos para o adequado funcionamento das equipes.

Os recursos repassados pelo Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde, para os respectivos Fundos Estaduais de Saúde, destinam-se ao custeio das EAP-Desinst, com o objetivo de garantir o funcionamento adequado dessas equipes. Esses recursos podem ser utilizados para cobrir despesas relacionadas à manutenção das atividades das equipes, como pagamento de salários e encargos sociais dos profissionais envolvidos, aquisição de materiais de consumo, serviços de apoio técnico e logístico, além de outras necessidades operacionais essenciais para o desenvolvimento das ações de desinstitucionalização, como compra de passagens aéreas e terrestres para deslocamento da equipe e da pessoa usuária. O custeio abrange ainda as despesas relacionadas à infraestrutura necessária para o funcionamento das equipes, como locação de transporte e comunicação, e a realização de ações de educação permanente para qualificação dos serviços prestados. Para maiores informações sobre os gastos com o custeio federal, consultar o Tribunal de Contas do seu estado.

7.1 Indicadores de monitoramento da EAP-Desinst

Os indicadores de monitoramento da EAP-Desinst são essenciais para a avaliação da implementação e da eficácia das ações voltadas às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Estes indicadores estão alinhados aos parâmetros estabelecidos no Plano de Ação, conforme a Portaria GM/MS n.º 4.876/2024, e nos instrumentos de produção das EAP-Desinst, detalhados na Portaria Saes n.º 2070/2024. Dentre os principais indicadores estão o número de pessoas atendidas pela equipe, o número de PTS acompanhados, e a quantidade de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei que estão cumprindo medidas de segurança sob cuidados do SUS em meio aberto. Outros indicadores importantes incluem o número de pessoas desinstitucionalizadas, anteriormente sob medidas de segurança em unidades do sistema de justiça criminal, bem como o total de pareceres e relatórios produzidos e acatados pelo sistema de justiça.

Além dos indicadores quantitativos, devem ser monitoradas ações da EAP-Desinst que envolvem a realização de atividades de educação permanente, que são fundamentais para a atualização e aprimoramento das equipes envolvidas. A atuação da equipe também é registrada através de procedimentos específicos, como o Procedimento 03.01.08.043-7, que se refere ao acolhimento de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Este acolhimento inicial é caracterizado pela escuta qualificada e pelo estabelecimento do vínculo inicial com o indivíduo, visando levantar informações

essenciais para subsidiar o cuidado em liberdade. A complexidade desse procedimento é considerada média, e o registro é feito de forma individualizada.

Outro indicador relevante é o Procedimento 03.01.08.044-5, relacionado à avaliação e ao acompanhamento das medidas terapêuticas para pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Nesse processo, a equipe realiza a avaliação biopsicossocial e monitora a implementação e evolução do PTS, ajustando-o conforme necessário para garantir a melhor assistência. Esse procedimento também é classificado como de média complexidade, com o registro feito de forma individualizada.

A integração entre os serviços da Raps e outras redes de saúde é monitorada por meio do Procedimento 03.01.08.045-3, que visa garantir o acesso integral à saúde para as pessoas atendidas. O apoio técnico para a elaboração do PTS e a articulação entre diferentes setores também são registrados no Procedimento 03.01.08.046-1. Esse último procedimento destaca a importância da articulação intra e intersetorial com os pontos de atenção das redes de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos, habitação, trabalho e renda, entre outros, para promover um atendimento completo e integrado. Todos esses procedimentos e indicadores permitem que a EAP-Desinst avalie de forma eficaz a continuidade e a adequação do cuidado oferecido às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Os procedimentos relacionados à atuação das EAP-Desinst encontram-se definidos na Portaria Saes/MS n.º 2.070/2024, que estabelece as regras para o registro dessas equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) e inclui procedimentos específicos na Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, destaca-se a importância da adequada alimentação dos sistemas de informação pelas EAP-Desinst, de forma regular e qualificada, como estratégia fundamental para o monitoramento, a avaliação e o aperfeiçoamento contínuo da política. O registro sistemático das ações desenvolvidas permite dar visibilidade ao trabalho das equipes, subsidiar a tomada de decisão no âmbito da gestão e fortalecer os processos de planejamento, acompanhamento e financiamento no campo da desinstitucionalização.

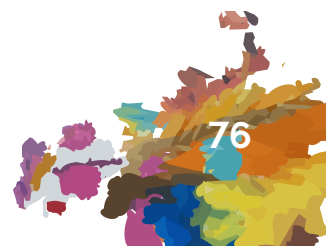
8 DIÁLOGOS COM OS INSTRUMENTOS DA EAP-DESINST

Como equipe multiprofissional, a EAP-Desinst deve adotar a clínica ampliada como referência central na abordagem e no cuidado à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Embora não exerça função assistencial direta, a equipe é frequentemente acionada para oferecer orientações técnicas sobre as melhores possibilidades de cuidado e acompanhamento na Rede de Atenção Psicossocial (Raps), considerando as singularidades de cada pessoa e a garantia de direitos.

Para a estruturação de um relatório, seja o Biopsicossocial ou o Circunstanciado (constante no Anexo A), há a necessidade de identificar e conhecer esse sujeito: entender como foi o seu desenvolvimento de vida; sua convivência familiar; acessos a escolaridade, trabalho, religiosidade; sua circulação no território e como se dá essa convivência com a comunidade; ter o levantamento de seu histórico de sofrimento mental; quais serviços de saúde foram acessados ou não por ele; se está em tratamento e como tem se dado esse tratamento; quais terapêuticas têm sido aplicadas; qual seu diagnóstico; como se deu seu envolvimento com a lei, a descrição do ocorrido e a interface do delito com o seu estado de saúde no momento dos fatos; com se encontra seu estado de saúde atual; conversar e conhecer a família; discutir com os serviços de saúde que o acompanhava antes da privação de liberdade, entre outras informações que sejam pertinentes para a elaboração do relatório da maneira mais robusta possível.

Nessa construção da avaliação, sempre se faz necessário o olhar de diferentes profissionais que compõem a equipe, bem como a discussão do caso de maneira multidisciplinar com o objetivo de avaliar as necessidades e vulnerabilidades da pessoa, riscos que possam surgir em decorrência de seu delito ou do território onde reside a família; pensar nas possibilidades de encaminhamentos de suas necessidades para a garantia de direitos; qual indicação de moradia, se vai ser junto à família ou com o suporte dos municípios nessa responsabilização; qual o melhor dispositivo de saúde para o acompanhamento do cuidado em saúde mental, a depender do que é ofertado por esse território; se há vulnerabilidades sociais para ele ou sua família que necessite de intervenção da rede de assistência social.

Na conclusão do relatório é importante embasar as indicações de tratamento e acompanhamento feitos pela equipe multidisciplinar, com base nas legislações que norteiam a atenção psicossocial no Brasil, considerando as que apontam para um cuidado em saúde de base territorial e comunitária na perspectiva da proteção e garantia de direitos.



Importante destacar que a EAP-Desinst é frequentemente confundida com equipes responsáveis pela realização de perícias psiquiátricas. No entanto, a EAP-Desinst não realiza perícias; sua função principal é acompanhar e avaliar as medidas terapêuticas aplicadas a pessoas com transtorno mental que se envolveram em situações de conflito com a lei. Atuando em estreita colaboração com a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), a equipe busca garantir suporte integral para promover a reabilitação psicossocial.

Para cumprir sua função, a EAP-Desinst utiliza uma série de instrumentos, que serão apresentados a seguir, incluindo avaliações psicológicas, que analisam o estado mental e o progresso no tratamento; relatórios multiprofissionais detalhados, que registram a evolução e adesão às medidas terapêuticas; visitas domiciliares, realizadas para observar o contexto familiar e social da pessoa; e articulações com outros serviços da rede de saúde e assistência social, assegurando o acesso a recursos necessários.

O principal objetivo da equipe é subsidiar o juiz ou a juíza da execução penal com informações relevantes e detalhadas, permitindo uma análise mais justa e embasada sobre a efetividade das medidas aplicadas. Em estados onde a EAP-Desinst foi implementada desde 2014, os Tribunais de Justiça têm permitido que a equipe forneça relatórios diretamente ao juízo, contribuindo para a redução das filas de perícias e a agilidade e qualidade nos processos judiciais.

Após a publicação da Resolução CNJ n.º 487/2023, e em consonância com discussões institucionais já acumuladas no campo da política antimanicomial e da execução das medidas de segurança, passou-se a admitir que o magistrado possa solicitar diretamente à EAP-Desinst subsídios técnicos para qualificar a tomada de decisão judicial.

A EAP-Desinst não realiza perícia psiquiátrica, permanecendo esta como atribuição técnico-pericial própria. Nessa perspectiva, sem caráter pericial, tais subsídios decorrem do acompanhamento contínuo, territorial e multidisciplinar realizado pela equipe, permitindo oferecer ao juízo uma compreensão ampliada, intersetorial e humanizada da situação psicossocial da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, contribuindo para a proteção do processo de desinstitucionalização e para decisões alinhadas ao cuidado em liberdade.

O Anexo B – Modelo de Ficha de Encaminhamento para EAP-Desinst é um instrumento estruturado com o objetivo de padronizar e organizar as informações necessárias para o acompanhamento das pessoas usuárias pelas Equipes de Avaliação

e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinst).

A Ficha de Encaminhamento para a EAP-Desinst é um instrumento para apresentar o caso à equipe, reunindo dados essenciais sobre a pessoa a ser avaliada e acompanhada. O objetivo principal é fornecer uma visão abrangente e detalhada da situação, permitindo que a EAP-Desinst elabore um plano de cuidado integrado e singular. Este instrumento facilita a comunicação entre os diferentes serviços e equipes de origem da pessoa usuária, oferecendo uma visão integral de suas necessidades, além de promover a articulação entre saúde, assistência social e justiça, viabilizando uma transição mais segura e eficiente do cuidado.

O Anexo C – Modelo de Plano Terapêutico de Acompanhamento de Medida de Segurança (PTA) é um instrumento abrangente e estruturado, destinado a orientar o acompanhamento de indivíduos submetidos a medidas de segurança pela EAP-Desinst. Sua análise revela uma organização em sete seções principais, cada qual com finalidades específicas. O PTA demonstra ser um instrumento completo, que busca integrar informações de diversas áreas para um acompanhamento eficaz e individualizado de pessoas em medida de segurança, com ênfase na articulação entre os serviços de saúde, assistência social e justiça.

Este conjunto de instrumentos, presentes nos anexos desse material, é apresentado como uma sugestão, sendo considerado um apoio instrumental necessário para o funcionamento das Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinst). Contudo, é importante ressaltar que os estados possuem autonomia para adaptá-los conforme suas especificidades locais ou mesmo para criar outros instrumentais que julguem mais pertinentes à avaliação e ao acompanhamento dos usuários, sempre respeitando os princípios e diretrizes da política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas.

Os instrumentais sugeridos nessa obra têm como principal finalidade a coleta sistemática de elementos que subsidiarão a elaboração de relatórios técnicos. Esses relatórios, por sua vez, serão peças-chave para embasar as decisões judiciais, tanto na porta de entrada do sistema de justiça, ou seja, no momento inicial do contato do indivíduo com o sistema penal, quanto durante todo o processo de desinstitucionalização. Em outras palavras, as informações coletadas por meio desses instrumentos fornecerão o suporte técnico necessário para que o Judiciário possa tomar decisões, considerando a complexidade da situação de cada indivíduo, desde a avaliação inicial até a transição

para um contexto de vida em liberdade. Assim, os instrumentais atuam como ferramentas essenciais para garantir que as decisões judiciais sejam pautadas em dados concretos e em uma compreensão abrangente das necessidades e características de cada caso.

8.1 Sobre o envio dos relatórios ao Juízo

O processo de entrega de relatórios da EAP-Desinst ao juízo pode variar ligeiramente de acordo com os estados e municípios, mas, em geral, segue um fluxo que garante a qualidade e a pontualidade das informações.

A equipe realiza, desde o início, o acompanhamento contínuo da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, mantendo-o até a extinção da medida de segurança. Nos casos em que há necessidade de internação, esta deve ocorrer prioritariamente em serviços da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), como leitos de saúde mental em hospital geral ou dispositivos com capacidade de acolhimento noturno, como Caps III, conforme as diretrizes da Lei n.º 10.216/2001 e da Resolução CNJ n.º 487/2023, sendo inviável a manutenção ou a criação de internações em instituições com características asilares. Nos casos de pessoas que ainda se encontram em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) ou dispositivos congêneres, a atuação da equipe deve estar orientada à construção de estratégias de desinstitucionalização e saída qualificada desses espaços.

Ademais, a equipe também acompanha pessoas com transtorno mental custodiadas em unidades prisionais, em articulação com as equipes eAPP da Pnaisp. Quando a medida de segurança se dá na modalidade de tratamento ambulatorial, o acompanhamento ocorre no território, incluindo o domicílio, os serviços de saúde e outros espaços comunitários. Todo o processo envolve entrevistas clínicas, observação do comportamento, aplicação de instrumentos de avaliação e interlocução com familiares e profissionais da rede, com o objetivo de construir uma compreensão integral da situação e orientar estratégias de cuidado em liberdade.

Durante esse acompanhamento, a EAP-Desinst coleta informações sobre a evolução do cuidado, a adesão às estratégias terapêuticas, a inserção territorial e as interações sociais e familiares da pessoa, entre outros aspectos relevantes para subsidiar a autoridade judicial responsável pelo acompanhamento da medida de segurança. Esses dados são registrados de forma sistemática nos instrumentos próprios da equipe e nos prontuários dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e demais pontos de atenção envolvidos no cuidado, sejam eles eletrônicos ou físicos. Nos casos

em que a pessoa ainda se encontra em instituições de caráter asilar/prisional, essas informações também podem ser complementadas a partir dos registros existentes nessas unidades, sempre com o objetivo de qualificar a avaliação e orientar estratégias de cuidado em liberdade.

Periodicamente, ou quando solicitado pela autoridade judiciária, a equipe elabora relatórios detalhados sobre o acompanhamento realizado. Estes relatórios devem ser claros, objetivos e concisos, apresentando as informações de forma organizada e as conclusões da equipe. A redação dos relatórios deve ser compreensível para o juiz e outros profissionais envolvidos no caso.

Os relatórios podem ser encaminhados ao juízo por diferentes meios, incluindo sua juntada aos autos por intermédio das secretarias das varas ou por meio de sistemas digitais institucionais. Nesse contexto, destaca-se a importância do acesso da EAP-Desinst ao Sistema Eletrônico de Execução Unificado (SEEU), principal sistema utilizado para a tramitação penal e das medidas de segurança, de modo a viabilizar o acompanhamento jurídico dos casos, a inserção de documentos técnicos e a qualificação da interlocução entre saúde e justiça.

A autoridade judiciária utiliza os relatórios da EAP-Desinst para embasar suas decisões, como aplicação da medida de segurança de tratamento ambulatorial, conversão de medida de pena de prisão para medida de segurança, extinção da medida de segurança, ou sugerir novas medidas terapêuticas e sociais.

Os relatórios da EAP-Desinst devem ser objetivos, fidedignos e claros, com informações baseadas em dados concretos e apontamentos (avaliações e sugestões) técnicos e apresentados de forma acessível ao juiz. A frequência da entrega dos relatórios varia conforme a necessidade do caso, mas é essencial que a equipe mantenha o juiz atualizado sobre a evolução do acompanhamento.

8.2 Monitoramento dos casos complexos

Considerando a dificuldade de delimitar conceitualmente o que se entende por “caso complexo”, adotou-se como referência a definição presente no Protocolo Interinstitucional do Conimpa¹, segundo a qual são assim considerados os casos que desafiam as equipes a construir respostas mais articuladas, exigindo encaminhamentos qualificados e estratégias contínuas de monitoramento para a efetiva implementação dos fluxos estabelecidos. Essa complexidade pode estar associada, por exemplo, à perda de vínculos familiares e sociais após longos períodos de institucionalização, à

¹ Acesse: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/direitos-humanos/politica-antimanicomial-do-poder-judiciario/>

impossibilidade de inserção imediata em Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), seja por ausência de vagas ou não enquadramento nos critérios de elegibilidade, bem como à inviabilidade de retorno ao território de origem em razão de riscos à integridade física ou de necessidade de maior suporte para reinserção comunitária.

A diversidade de situações identificadas evidencia tanto a amplitude quanto a dificuldade de definição objetiva do termo, ao mesmo tempo em que contribui para a construção de um entendimento mais compartilhado, sobretudo ancorado na realidade dos territórios e nas demandas concretas enfrentadas pelas EAP-Desinst. Nesse sentido, a noção de “caso complexo” deve ser compreendida menos como uma categoria rígida e mais como um indicador da necessidade de maior articulação intersetorial, intensificação do cuidado e construção de soluções singulares e territorializadas.

Nesses casos de desinstitucionalização mais complexos, a EAP-Desinst pode e deve acionar o Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial (Ceimpa) como espaço privilegiado de discussão intersetorial, levando situações que envolvam maior grau de vulnerabilidade, estigmatização pública ou risco à integridade da pessoa. Nesse âmbito, é possível construir, de forma compartilhada, alternativas de cuidado e proteção, articulando os diversos atores do território como saúde, justiça, assistência social e direitos humanos, qualificando as respostas institucionais no próprio nível estadual.

Quando, contudo, esgotadas as possibilidades de pactuação e resolução no território, o Ceimpa poderá formalizar a demanda junto ao Comitê Nacional Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial (Conimpa), encaminhando as informações necessárias para subsidiar a análise do caso. O acionamento do Conimpa possibilita a ampliação do diálogo e o suporte técnico, político e jurídico em âmbito nacional, contribuindo para a construção de soluções que ultrapassam a capacidade local, sempre com foco na garantia de direitos, na proteção da vida e na consolidação do cuidado em liberdade.

Diante desse arranjo, reafirma-se o Ceimpa como instância prioritária e protagonista na condução dos processos de desinstitucionalização no território, sendo o espaço legítimo para a análise qualificada dos casos, pactuação interinstitucional e construção de respostas concretas e contextualizadas. Cabe ao Ceimpa liderar a articulação entre os diversos atores envolvidos, garantindo que as soluções sejam produzidas no âmbito local, com responsabilização e compromisso com o cuidado em liberdade.

9 ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A educação permanente em saúde constitui eixo estruturante para a qualificação da atuação das EAP-Desinst, especialmente diante da complexidade dos casos acompanhados e da necessária articulação entre saúde, justiça, assistência social e demais políticas públicas. Nesse contexto, destacam-se os esforços interfederativos voltados à construção compartilhada de saberes e práticas, envolvendo União, estados e municípios, com iniciativas que fortalecem a compreensão do cuidado em liberdade e da política antimanicomial. Programas como o Nós na Rede, que contempla componente formativo direcionado aos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) sobre drogas e sobre o acompanhamento de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, bem como a realização de seminários estaduais e encontros interinstitucionais, têm se mostrado fundamentais para a construção de entendimentos comuns, o alinhamento conceitual e a pactuação de fluxos concretos nos territórios.

Adicionalmente, a habilitação das EAP-Desinst junto ao Ministério da Saúde, com repasse federal mensal de custeio no valor de R\$ 66.000,00, representa importante oportunidade para o investimento contínuo em ações de educação permanente, incluindo capacitações, supervisões técnicas, estudos de caso e atividades formativas intersetoriais. A utilização estratégica desses recursos para o fortalecimento das equipes contribui para a ampliação da resolutividade, a qualificação das práticas e a consolidação de um modelo de cuidado pautado na integralidade, na intersetorialidade e na garantia de direitos, reafirmando o compromisso com a desinstitucionalização e com a produção de cuidado em liberdade.

Outrossim, importante destacar um dos procedimentos da EAP-Desinst, identificado na Portaria Saes n.º 2070/2024 como 03.01.08.046-1, refere-se às “Ações de Articulação de Redes Intra e Intersetoriais para as Pessoas com Problemas de Saúde Mental em Conflito com a Lei”. A descrição desse procedimento consiste em promover a articulação com os diversos pontos de atenção das redes de saúde, educação, justiça, assistência e desenvolvimento social, direitos humanos e outros, com o objetivo de garantir um atendimento integrado e adequado às pessoas com transtornos mentais que estão em conflito com a lei.

Para a execução desse procedimento, é essencial não apenas articular os serviços de diferentes áreas, mas também realizar um processo de sensibilização com profissionais envolvidos nessas redes de atendimento. A estratégia de educação permanente é crucial nesse contexto, visando desmistificar os estigmas existentes sobre a periculosidade das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. É importante que os profissionais compreendam que essas pessoas, antes de cometerem algum ato infracional, já enfrentavam sérios quadros de sofrimento mental, muitas vezes sem o devido tratamento. O foco dessa articulação, portanto, é formar para que se consiga estruturar um Projeto Terapêutico Singular (PTS) qualificado, com intervenções terapêuticas adequadas para promover a reabilitação psicossocial e o cuidado em liberdade de forma responsiva e sem o viés dos estigmas associados à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

10 CONCLUSÕES

Este material da EAP-Desinst reafirma o compromisso do Ministério da Saúde em promover um cuidado em saúde mental pautado na liberdade, inclusão e respeito aos princípios da dignidade humana, integralidade e intersetorialidade. Ressalta-se a importância de fortalecer uma abordagem multiprofissional e de ampliar a compreensão acerca das necessidades das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, com foco na reabilitação psicossocial e na construção de trajetórias de cuidado que valorizem a autonomia, o protagonismo e a vida em liberdade.

Ao longo desse documento, foram detalhados os fundamentos operacionais e estratégicos que orientam o funcionamento das EAP-Desinst, no contexto do processo de desinstitucionalização. Essas equipes exercem um papel fundamental na articulação entre as redes de saúde, justiça e assistência social, no apoio à elaboração de PTS e na implementação de estratégias que enfrentam os estigmas associados às pessoas em conflito com a lei. Além disso, promovem a educação permanente para profissionais envolvidos, fomentando uma prática mais inclusiva e humanizada.

Assim, essa obra não apenas guia as práticas das EAP-Desinst, mas também reforça a integração entre os diversos setores e serviços que compõem a Raps e outras redes intersetoriais. Ele se apresenta como um instrumento que valoriza a construção coletiva do cuidado, promovendo o diálogo entre diferentes atores sociais e incentivando a formulação de políticas intersetoriais.

Por fim, acredita-se que a efetiva implementação das diretrizes apresentadas neste material, em articulação com o Manual da Resolução CNJ n.º 487/2023 e o Protocolo Interinstitucional do Conimpa² desempenha um papel fundamental na garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Essa integração fortalece o processo de desinstitucionalização e reafirma o compromisso com o modelo psicossocial de atenção à saúde mental no Brasil.

² <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/direitos-humanos/politica-antimanicomial-do-poder-judiciario/>

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2001.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AZEVEDO, Júlio Camargo de. Diálogo entre a Lei Brasileira de Inclusão e o novo CPC: pelo fim da interdição judicial. **Revista Consultor Jurídico**, São Paulo, 30 abr. 2016. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2016-abr-30/julio-azevedo-preciso-acabar-interdicoes-judiciais>. Acesso em: 30/03/2026.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**: contribuições a partir da experiência do PAI-PJ. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BENEDETTO SARACENO. **Ética da dissidência**. Tradução: Claudia Braga. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2025. (Coleção Saúde e Loucura, v. 58).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Guia de apoio à gestão estadual do SUS**: informações para a gestão estadual do SUS 2023–2026. Brasília: CONASS, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf. Acesso em: 10 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf. Acesso em: 10 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de orientações para apoio matricial do CAPS II**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-mental/apoio-matricial-no-caps-ii.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. **Portaria GM/MS nº 4.876, de 18 de julho de 2024**. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e nº 6, de 28

de setembro de 2017, para dispor sobre a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei – EAP-Desinst, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-4.876-de-18-de-julho-de-2024-573213823>. Acesso em: 16 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em: 14 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Portaria SAES/MS nº 2.070, de 4 de setembro de 2024**. Estabelece regras para registro da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinst) e inclui procedimento na Tabela de Procedimentos do SUS. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-saes/ms-n-2.070-de-4-de-setembro-de-2024-585122063>. Acesso em: 16 out. 2024.

CAETANO, Haroldo. **Desinstitucionalização e responsabilização**: a execução das medidas de segurança no estado de Goiás e a experiência do PAILI. Goiânia: Ministério Público do Estado de Goiás, 2018.

CAETANO, Haroldo. **Medidas de segurança e reforma psiquiátrica**: a experiência do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) em Goiás. Goiânia: Ministério Público do Estado de Goiás, 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COELHO SAMPAIO, T.; SANTOS DA SILVA, E. C. Potencialidades do matriciamento em saúde mental: revisão narrativa. **Cadernos ESP**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 62-74,

2022. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/737>. Acesso em: 22 set. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Manual da política antimanicomial do Poder Judiciário**: Resolução CNJ nº 487/2023. Brasília: CNJ; PNUD; Ministério da Saúde, 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023**. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Brasília: CNJ, 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Protocolo interinstitucional da política antimanicomial do Poder Judiciário**. Brasília: CNJ, 2024. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/protocolo-traz-diretrizes-para-implementacao-de-politica-antimanicomial-no-judiciario/>. Acesso em: 13 jun. 2025.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **Tomada de decisão apoiada e curatela**: medidas de apoio previstas na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Brasília: CNMP, 2016.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

FAGUNDES, G. S.; CAMPOS, M. R.; FORTES, S. L. C. L. Matriciamento em saúde mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2311-2322, 2021.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Projeto Terapêutico Singular. In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. **Saúde mental**: Projeto Terapêutico Singular. Brasília: UNA-SUS, 2013.

OLIVEIRA, P. F. C. M.; BOITEUX, Luciana. Quando a luta antimanicomial mira no manicômio judiciário e produz desencarceramento. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 8, n. 1, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guidance on community mental health services**: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: WHO,

2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>. Acesso em: 10 jun. 2025.

ROTELLI, Franco. Desinstitucionalização. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2001. p. 25-34.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **Avaliação do programa de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Edusp, 2001.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

VENTURINI, Ernesto. Desinstitucionalização: um processo complexo e inacabado. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2001. p. 35-44.

YASUÍ, Silvio; LUZIO, Cristina Amélia; AMARANTE, Paulo. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Polis e Psique**, v. 8, n. 1, p. 173-190, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.80426>.

ANEXOS

Anexo A – Modelo de Avaliação Biopsicossocial Multiprofissional

AVALIAÇÃO BIPSICOSSOCIAL

MULTIPROFISSIONAL

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- 1.1. NOME USUÁRIO(A):
- 1.2. DOCUMENTOS PESSOAIS:
- 1.3. NÚMERO DO PROCESSO:
- 1.4. COMARCA/VARA:
- 1.5. DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO: (Caso esteja submetida/o a medida de segurança de internação)

2. DIAGNÓSTICO AMPLIADO

- 2.1. Dados pessoais: nome, nome social, idade, orientação sexual, identidade de gênero, raça/cor/etnia, filiação, paternidade, maternidade, escolaridade, estado civil, nr. de filhos e a idade, se tiver; dados dos pais, idade (se tiverem vivos); nr. de irmãos, idade, local de moradia dos familiares etc.
- 2.2. Contexto familiar, educacional e religioso: relações entre os membros em família; da família com ele e dele com a família; conflitos familiares; escolaridade da família e do paciente; motivos de não conclusão (se for o caso) desenvolvimento infantil e adolescência e adultez; vínculos dos familiares com o paciente; maiores dificuldades em lidar com o paciente na visão dos familiares, religião e/ou práticas religiosas, etc.
- 2.3. Contexto socioeconômico e profissional: realidade econômica do paciente, da família e da comunidade; histórico profissional ou de habilidades; número de moradores na residência, idade e ocupação; tipo de moradia do sujeito (caso não esteja privado de liberdade) e/ou da família (urbana, rural; barraco, alvenaria; regular, irregular; situação de rua; assentamento, quilombo, terra indígena etc); acesso aos serviços de saúde e da assistência social e direitos sociais.
- 2.4. Contexto da rede de serviços do SUS e SUAS: rede de saúde e do SUAS, outros recursos existentes no território

- 2.5. Contexto relacional comunitário: território social do usuário, características sociais e culturais da moradia e da comunidade, relacionamento da comunidade com o paciente e do paciente com a comunidade, percepção da comunidade acerca dele, percepção dele acerca da comunidade, a aceitabilidade do paciente, como a comunidade vê a relação da família. (potencialidades e vulnerabilidades do território, equipamentos de saúde, assistência social, centros culturais etc)
- 2.6. Histórico de saúde mental: história psiquiátrica do paciente e da família, sintomas atuais do paciente, comportamento de uso de drogas, casos de suicídios na família, comportamento estranhos do paciente, desenvolvimento cognitivo e social do paciente, crise, comportamentos inadequados, internações, tratamentos, comorbidades
- 2.7. Exame psiquiátrico atual: Exame mental no momento do atendimento (avaliação de comprometimento de cognição, memória, prejuízos no sono, deficiência intelectual)
- 2.8. Estado clínico geral (não referente à saúde mental): aparência geral do paciente; exames complementares realizados recentemente; outros agravos de ordem clínica, bem como, seus familiares.
- 2.9. Autonomia na realização das atividades de vida diária e mobilidade:
- 2.10. História judicial: História do processo criminal, percepção do paciente acerca do ato cometido, percepção da família e comunidade acerca do ato
- 2.11. Domínio de funções e estrutura do corpo:
- a. previsão de planejamento de rotina diária,
 - b. Previsão/possibilidades de realização de tarefas da vida diária,
 - c. previsão de condição de cuidar dos outros e se cuidar,
 - d. previsão de condição de fazer compra e/ou contratar serviço,
- 2.12. Domínio de comunicação:
- a. Compreensão de mensagens orais
 - b. Compreensão de mensagens não verbais
 - c. Produção de mensagens não verbais

- d. Compreensão de mensagens escritas (inclui Braille, quando couber)
- e. Produção de mensagens escritas (inclui Braille, quando couber)
- f. Conversação oral ou em libras

2.13. Domínio de mobilidade:

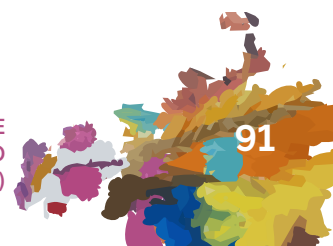
- a. Alcançar, transportar e mover objetos
- b. Previsão de deslocar-se dentro de casa
- c. Previsão de deslocar-se dentro de edifícios que não a própria casa
- d. Previsão de deslocar-se fora de sua casa e de outros edifícios
- e. Previsão de utilizar transporte coletivo
- f. Previsão de utilizar transporte individual como passageiro

2.14. Domínio de cuidados pessoais:

- a. Comer
- b. Beber
- c. Lavar-se
- d. Vestir-se
- e. Cuidar de partes do corpo
- f. Regulação da micção
- g. Regulação da defecação
- h. Capacidade de identificar doenças e agravos à saúde

Para qualificar a descrição:

- forma independente
- forma adaptada
- auxílio de terceiros
- dependência completa



3. PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Descrição dos procedimentos realizados por cada profissional junto à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

4. CONCLUSÃO:

Apontar as diretrizes da reforma psiquiátrica e das normativas antimanicomiais do judiciário, as demais políticas de saúde que fazem interface com o caso do usuário (contemplando políticas intersetoriais), direcionar as prioridades e urgências que envolvem o caso (documentação, continuidade de medicação, acompanhamento de saúde, etc), as considerações dos achados de vulnerabilidades e potencialidades na coleta dos itens 2 e 3, finalizando com a indicação terapêutica.

Local, Data

Assinatura da Equipe

Anexo B – Modelo de Ficha de Encaminhamento para EAP-Desinst

FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA EAP-Desinst

1. IDENTIFICAÇÃO:

1.1. NOME:

1.2. FILIAÇÃO:

1.3. DATA DE NASCIMENTO:

1.4. RG:

1.5. CPF:

1.6. CARTÃO SUS:

1.7. ESTADO CIVIL:

1.8. PROFISSÃO:

1.9. ESCOLARIDADE:

1.10. MUNICÍPIO DE ORIGEM:

1.11. ENDEREÇO PREVISTO (onde o usuário vai morar):

1.12. NOME DA REGIONAL DE SAÚDE:

1.13. RESPONSÁVEL LEGAL (caso exista):

1.14. ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL LEGAL:

1.15. TELEFONE DE CONTATO:

2. DADOS PROCESSUAIS:

2.1. NÚMERO DO PROCESSO:

2.2. VARA DO PROCESSO:

2.3. AUTORIDADE JUDICIAL COMPETENTE:

2.4. ATUAL SITUAÇÃO JURÍDICA:

2.5. DATA DE DESINTERNAÇÃO:

3. DIAGNÓSTICO:

4. HISTÓRICO DE INTERNAÇÕES NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA OU CONGÊNERES:
(quantas e onde ocorreram, comorbidades, etc)

5. NO MOMENTO DA ALTA FOI REFERENCIADO PARA:

5.1. CAPS I (); CAPS II (); CAPS III (); CAPS AD (); CAPS AD III (). Endereço:

5.2. AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO (). Endereço:

5.3. SRT Tipo I (); SRT Tipo II (). Endereço:

5.4. Atenção Primária (). Endereço:

5.5. REFERÊNCIA TERRITORIAL E CONTATO (telefônico e e-mail):

6. CONDIÇÃO SOCIAL ATUAL

6.1. RENDA

6.1.1. POSSUI BPC: () SIM () NÃO

6.1.2. POSSUI BOLSA FAMÍLIA: () SIM () NÃO

6.1.3. AUXÍLIO EMERGENCIAL: () SIM () NÃO

6.1.4. APOSENTADORIA: () SIM () NÃO

6.1.5. OUTROS BENEFÍCIOS: _____

6.2. CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS DA FAMÍLIA E RELACIONAMENTO SOCIAL:
(com quem residia, composição familiar, convivência, vulnerabilidade social, etc):

OBSERVAÇÕES: Ressaltar os pontos de maior vulnerabilidades e situações de risco do usuário dos itens anteriores do relatório que precisam ser acompanhados de imediato na RAPS.

LOCAL, DATA.

TÉCNICO RESPONSÁVEL (NOME COMPLETO E ASSINATURA):

Anexo C – Modelo de Plano Terapêutico de Acompanhamento de Medida de Segurança (PTA)

PLANO TERAPÊUTICO DE ACOMPANHAMENTO DE MEDIDA DE SEGURANÇA (PTA)

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1 NOME USUÁRIO:

1.2 NÚMERO DO PROCESSO:

1.3 COMARCA/VARA/AUTORIDADE JUDICIÁRIA RESPONSÁVEL:

2. DIAGNÓSTICO AMPLIADO

- 2.1. Dados pessoais: nome, idade, filiação (dados dos pais, idade), escolaridade, nr. de filhos e a idade, se tiver; nr. de irmãos, idade, local de moradia dos familiares, documentações pessoais que possuem, etc.
- 2.2. Contexto familiar: relações entre os membros em família; da família com ele e dele com a família; conflitos familiares; escolaridade da família e do paciente; motivos de não conclusão (se for o caso) desenvolvimento infantil e adolescência e adultez; vínculos dos familiares com o paciente; maiores dificuldades em lidar com o paciente na visão dos familiares, etc.
- 2.3. Contexto econômico e profissional: realidade econômica do paciente, da família e da comunidade; histórico profissional ou de habilidades; número de moradores na residência, idade e ocupação; acesso aos serviços de saúde e da assistência social e direitos sociais, identificar se recebe algum tipo de benefício.
- 2.4. Contexto relacional comunitário e religioso: características sociais e culturais da moradia e da comunidade, relacionamento da comunidade com o paciente e do paciente com a comunidade, percepção da comunidade acerca dele, percepção dele acerca da comunidade, a aceitabilidade do paciente, como a comunidade vê a relação da família, religião e/ou praticas religiosas, etc.
- 2.5. Histórico de saúde mental: história psiquiátrica do paciente e da família, sintomas atuais do paciente, comportamento de uso de drogas, casos de suicídios na família, comportamento estranhos do paciente, desenvolvimento cognitivo e social do paciente, crise, comportamentos inadequados, internações, tratamentos, comorbidades psiquiátricas.
- 2.6. Avaliação Biopsicossocial: Condição de saúde mental do sujeito no momento do atendimento.
- 2.7. Estado Clínico Geral (não psiquiátrico): aparência geral do paciente; exames complementares realizados recentemente; outras doenças não psiquiátricas que possui, bem como, seus familiares.
- 2.8. História judicial: História do processo criminal, percepção do paciente acerca do ato cometido, percepção da família e comunidade acerca do ato.

3. HABILIDADES/ INTERESSES: (paciente e familiar)

4. CONTEXTO DA REDE DE SERVIÇOS DO SUS, DO SUAS E NÃO GOVERNAMENTAL: (Mapeamento da rede existente no território de residência do paciente)

5. CONDUTA TERAPÊUTICA: (objetivar qual a meta que se deseja alcançar com o cuidado integral do paciente)

N.º	META TERAPEUTICA (*)	RESPONSABILIDADE	PRAZO DA CONDUTA	OBSERVAÇÃO
01				
02				

(*) A meta terapêutica, além das ações realizadas no âmbito da saúde, também inclui todas as ações socioassistenciais e de direitos humanos que possibilitem a garantia do exercício da cidadania. Essas metas são pactuadas com a Rede que irá cuidar e acompanhar o paciente.

6. ACOMPANHAMENTO DA MEDIDA TERAPÊUTICA

Nº	AÇÃO DE ACOMPANHAMENTO ()	RESPONSÁVEL	PRAZO(*)
01	Enviar relatório mensal de acompanhamento	CRAS, UBS, CAPS	30 dias da decisão judicial.
02			

() Ações de Acompanhamento: reuniões intra e intersetoriais, visita domiciliar e institucional, envio de relatórios, contatos telefônicos.

(*) Sugestões de prazos (abaixo e na planilha) para a entrega de produtos relativos ao monitoramento do caso no território.

- Durante os primeiros 06 (seis) meses após o início do acompanhamento do paciente os pontos de atenção da rede de cuidado devem enviar mensalmente o relatório de acompanhamento do paciente para o e-mail da equipe da EAP-Desinst.
- Sempre que houver alguma intercorrência a EAP-Desinst deverá ser comunicada em até 72 horas oficialmente, independente das condutas terapêuticas necessárias que o serviço de saúde deverá tomar para garantir o cuidado ao paciente.
- Após 6º mês de acompanhamento os pontos de atenção enviarão relatório a EAP-Desinst na seguinte frequência: do 7º ao 12º mês relatório bimestral; do 13º ao 18º mês relatórios trimestrais; do 19º mês relatórios semestrais até a extinção da medida de segurança.
- A qualquer tempo, por necessidade judicial ou demanda da EAP-Desinst, poderá ser solicitada a realização de audiência de justificação.

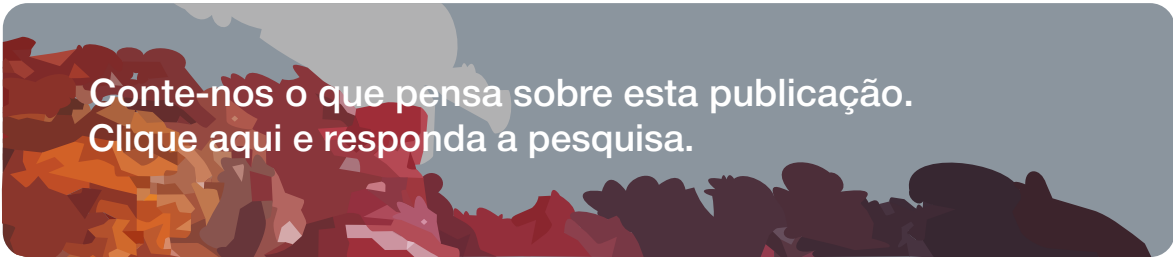
7. AVALIAÇÃO E ORIENTAÇÕES DA EAP

Considerando que:

Orientamos que:

Local, data.

Assinatura da Equipe da EAP e Assinatura da Rede de Cuidado que pactuou o cuidado.



Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.
Clique aqui e responda a pesquisa.



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsmms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

