



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
NÚCLEO DE CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS
HUMANOS, CIDADANIA E POLÍTICAS PÚBLICAS



“SAÚDE NÃO SE VENDE, LOUCO NÃO SE PRENDE”

DESAFIOS E PERSPECTIVAS RUMO AO FIM
DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO DA PARAÍBA

MANOEL RODRIGUES E SILVA

JOÃO PESSOA-PB
NOVEMBRO - 2024

“SAÚDE NÃO SE VENDE, LOUCO NÃO SE PRENDE”

DESAFIOS E PERSPECTIVAS RUMO AO FIM
DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO DA PARAÍBA

Manoel Rodrigues e Silva

Linha de Pesquisa: Direitos Humanos e Democracia: Teoria, História e Política

Orientadora: Professora Dr^a Monique Cittadino

JOÃO PESSOA-PB

NOVEMBRO - 2024

“SAÚDE NÃO SE VENDE, LOUCO NÃO SE PRENDE”

**DESAFIOS E PERSPECTIVAS RUMO AO FIM
DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO DA PARAÍBA**

MANOEL RODRIGUES E SILVA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas, Área de Concentração Territórios, Direitos Humanos e Diversidades Socioculturais.

JOÃO PESSOA-PB

NOVEMBRO - 2024

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S586s Silva, Manoel Rodrigues e.

"Saúde não se vende, louco não se prende" : desafios e perspectivas rumo ao fim do Manicômio Judiciário da Paraíba / Manoel Rodrigues e Silva. - João Pessoa, 2024.

165 f. : il.

Orientação: Monique Guimarães Cittadino.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Direitos humanos. 2. Manicômio judiciário - Paraíba. 3. Resolução 487/2023-CNJ. 4. Sistema Único de Saúde - SUS. I. Cittadino, Monique Guimarães. II. Título.

UFPB/BC

CDU 342.7(043)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS, CIDADANIA E
POLÍTICAS PÚBLICAS



ATA DA SESSÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A) MESTRANDO(A)
MANOEL RODRIGUES E SILVA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
DIREITOS HUMANOS, CIDADANIA E POLÍTICAS PÚBLICAS/CCHLA/UFPB

Aos vinte e cinco do mês de novembro do ano de dois mil e vinte e quatro, às oito horas, realizou-se a sessão de defesa de Dissertação do(a) mestrando(a) **Manoel Rodrigues e Silva**, matrícula 20221017025, intitulada: **“Saúde não se vende, louco não se prende”**. **Desafios e perspectivas rumo ao fim do Manicômio Judiciário da Paraíba**. Estavam presentes os professores doutores: Monique Guimarães Cittadino (Orientador(a)), Nelson Gomes De Sant Ana e Silva Junior (Examinador(a) interno(a) e Ludmila Cerqueira Correia (Examinador(a) externo(a). O(A) Professor(a) Monique Guimarães Cittadino, na qualidade de Orientador(a), declarou aberta a sessão, e apresentou os Membros da Banca Examinadora ao público presente, em seguida passou a palavra a(o) mestrando(a) Manoel Rodrigues e Silva, para que no prazo de trinta (30) minutos apresentasse a sua Dissertação. Após exposição oral apresentada pelo(a) mestrando(a), o(a) professor(a) Monique Guimarães Cittadino concedeu a palavra aos membros da Banca Examinadora para que procedessem à arguição pertinente ao trabalho. Em seguida, o(a) mestrando(a) Manoel Rodrigues e Silva respondeu às perguntas elaboradas pelos Membros da Banca Examinadora e, na oportunidade, agradeceu as sugestões apresentadas. Prosseguindo, a sessão foi suspensa pela Orientador, que se reuniu secretamente, de forma remota, apenas com os Membros da Banca Examinadora, e emitiu o seguinte parecer: A Banca Examinadora considerou a DISSERTAÇÃO: APROVADA, recomendando o aprofundamento da discussão conceitual e das análises do material empírico trabalhado no capítulo 3.

A seguir, o(a) Orientador(a) apresentou o parecer da Banca Examinadora o(a) mestrando(a) Manoel Rodrigues e Silva, bem como ao público presente. Prosseguindo, agradeceu a participação dos Membros da Banca Examinadora, e deu por encerrada a sessão. E, para constar eu, Herbert Henrique Barros Ribeiro, assistente em administração do Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas, lavrei a presente Ata. João Pessoa, 25 de novembro de 2024.

Prof. Dra. Monique Cittadino (Orientadora)



Documento assinado digitalmente

MONIQUE GUIMARAES CITTADINO

Data: 25/11/2024 10:14:44-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Documento assinado digitalmente



NELSON GOMES DE SANT ANA E SILVA JUNIOR

Data: 25/11/2024 10:19:57-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Nelson Gomes De Sant Ana e Silva Junior (Examinador Interno)

Documento assinado digitalmente



LUDMILA CERQUEIRA CORREIA

Data: 25/11/2024 12:00:09-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra. Ludmila Cerqueira Correia (Examinadora Externa)

*A minha alucinação é suportar o dia a dia
E meu delírio é a experiência com coisas reais.*

***Alucinação**
Canção de Belchior*

*Dedico este trabalho à luta diária daqueles que enfrentam
a sociedade com suas singularidades.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de prestar uma sincera homenagem à memória dos meus queridos pais, Sebastião e Lourdes, e dos meus avós, Leopoldo e Rosa. Apesar de sua ausência física, eles permanecem vivos em meu coração e em cada conquista que alcanço.

À minha orientadora, Dr^a Monique Cittadino, expresso minha gratidão pela sua gentileza e cuidado em todas as orientações que me foram fornecidas. Agradeço também à banca avaliadora desta pesquisa (Prof^o Nelson e Prof^a Ludmila) por toda a colaboração e empenho neste trabalho.

Não poderia deixar de mencionar a Secretaria de Estado da Administração Penitenciária da Paraíba, a Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba, a Coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça da Paraíba e ao LouCid, por todo o suporte e contribuições indispensáveis à realização desta pesquisa.

À minha família Rodrigues: irmãs Rosália, Sandra e Anália, sobrinhos Ana Paula, Leopoldo e Lucas, primo Jadiel, Nicolai e Beth: vocês são minha fortaleza e meu porto seguro. Agradeço por estarem ao meu lado, mesmo nos momentos mais difíceis, e por celebrarem comigo cada vitória. A chegada da Cecília trouxe uma renovação para nossa família, motivo de grande alegria.

À minha companheira, Josilena Targino, sou eternamente grato por compartilhar comigo não apenas os momentos de estudo, mas também os sonhos, as alegrias e as adversidades da vida. Você é uma fonte constante de motivação.

Aos Professores, Servidores, Coordenação e Alunos da Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas da UFPB, onde iniciei esta jornada em 2022, deixo meu sincero agradecimento.

Especialmente às amigas Anne Kelly, Giselle, Vanessa e Myllhyans, que formaram uma rede de apoio e cuidado, pois a essência de viver não cabe no Lattes.

À Cristina Tabosa, minha imensa gratidão por sua amizade e apoio incondicional, sentindo-me muito afortunado por poder contar com você.

Por fim, um agradecimento especial a Ravenna e Raphael, que sempre estiveram disponíveis para ajudar e compartilhar conhecimentos. Sou profundamente grato pela amizade e por me incentivarem a seguir em frente durante os momentos de desafio.

*Um dia me disseram
Quem eram os donos da situação
Sem querer eles me deram
As chaves que abrem essa prisão*

*Quem ocupa o trono tem culpa
Quem oculta o crime também
Quem duvida da vida tem culpa
Quem evita a dúvida também tem*

*Somos quem podemos ser
Sonhos que podemos ter (E teremos!)*

***Somos quem podemos ser**
Canção de Engenheiros do Hawaii*

RESUMO

Essa pesquisa aborda os desafios e perspectivas em direção ao fim do Manicômio Judiciário da Paraíba, em conformidade com a Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que preconiza o fechamento gradual dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), destinados à internação de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Os objetivos secundários incluem contextualizar os aspectos institucionais à luz da legislação antimanicomial brasileira; descrever – através dos diálogos baseados na memória oral dos partícipes desse processo – os principais mecanismos de compreensão referente ao fim do Manicômio Judiciário da Paraíba e refletir sobre os desafios e perspectivas para o fim dessa instituição. Para tal, foram empregados métodos como a análise documental, observação não participante na Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba (PPF/PB) e entrevistas semiestruturadas. A análise dos dados encontrados permitiu traçar um perfil dos internos, proporcionando uma compreensão das características que moldaram o cenário prisional dos mais recentes pacientes da instituição. O estudo investiga diversos aspectos relacionados ao fim do Manicômio Judiciário, por meio de diálogos com diferentes atores envolvidos no processo, incluindo profissionais da instituição e representantes da esfera jurídica. Além disso, o trabalho aborda a saúde mental como um direito humano fundamental, analisando o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) na consolidação desse direito, a mudança de paradigma proposta pela Resolução nº 487/2023 do CNJ e os desafios enfrentados para a superação do modelo institucional vigente. Por fim, o estudo conclui que, apesar dos avanços alcançados, ainda há um longo caminho a percorrer para garantir a plena desinstitucionalização e o respeito aos direitos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.

Palavras-Chave: Manicômio Judiciário da Paraíba, Resolução 487/2023-CNJ, Direitos Humanos, Sistema Único de Saúde - SUS.

RESUMEN

Esta investigación aborda los desafíos y perspectivas hacia el fin del Asilo Judicial de Paraíba, de acuerdo con la Resolución n° 487, de 15 de febrero de 2023, del Consejo Nacional de Justicia (CNJ), que aboga por el cierre gradual de los Hospitales de Custodia y Psiquiátricos. Tratamiento (HCTP), destinado a la hospitalización de personas con trastornos mentales en conflicto con la ley. Los objetivos secundarios incluyen contextualizar aspectos institucionales a la luz de la legislación brasileña contra el asilo; describir – a través de diálogos basados en la memoria oral de los participantes de este proceso – los principales mecanismos de entendimiento sobre el fin del Asilo Judicial de Paraíba y reflexionar sobre los desafíos y perspectivas para el fin de esta institución. Para ello, se utilizaron métodos como el análisis de documentos, la observación no participante en la Penitenciaría de Psiquiatría Forense de Paraíba (PPF/PB) y entrevistas semiestructuradas. El análisis de los datos encontrados permitió trazar un perfil de los internos, permitiendo comprender las características que configuraron el escenario penitenciario de los pacientes más recientes de la institución. El estudio investiga varios aspectos relacionados con el fin del Asilo Judicial, a través de diálogos con diferentes actores involucrados en el proceso, entre ellos profesionales de la institución y representantes del ámbito jurídico. Además, el trabajo aborda la salud mental como un derecho humano fundamental, analizando el papel del Sistema Único de Salud (SUS) en la consolidación de este derecho, el cambio de paradigma propuesto por la Resolución CNJ n° 487/2023 y los desafíos enfrentados para la superación de la actual modelo institucional. Finalmente, el estudio concluye que, a pesar de los avances logrados, aún queda un largo camino por recorrer para garantizar la plena desinstitucionalización y el respeto a los derechos de las personas con trastornos mentales en conflicto con la ley.

Palabras clave: Asilo Judicial de Paraíba, Resolución 487/2023-CNJ, Derechos Humanos, Sistema Único de Salud - SUS.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AMS	Assembleia Mundial da Saúde
ANC	Assembleia Nacional Constituinte
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CD	Câmara dos Deputados
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CESAU	Conselho Estadual de Saúde do Ceará
CISM	Comissão Intersetorial de Saúde Mental
CN	Congresso Nacional
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPJM	Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira
DUDH	Declaração Universal de Direitos Humanos
EC	Emenda Constitucional
ETR	Estatuto do Trabalhador Rural
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FPE	Fundos de Participação dos Estados
FPM	Fundos de Participação dos Municípios
FUNRURAL	Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural
HCTP	Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LO	Lei Ordinária
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOUCID	Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania
MDS	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome
MJ	Manicômio Judiciário
MP	Medida Provisória
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde

OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PDL	Projeto de Decreto Legislativo
PIASS	Programa Interiorização das Ações e dos Serviços de Saúde
PL	Projeto de Lei
PLC	Projeto de Lei Complementar
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual
PPGDH	Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas
PPF	Penitenciária de Psiquiatria Forense
PREVSAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESA	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SF	Senado Federal
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

LISTA DE PESSOAS ENTREVISTADAS

E1 a E6 – Profissionais entrevistados(as): policiais penais; profissionais de áreas técnica da saúde, serviço social, educação e da direção da unidade.

E7 a E9 – Profissionais entrevistados(as): Coordenador(a) de Saúde Mental, magistrados(as) e defensores públicos.

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1 Capa do Jornal A União destacando a inauguração do Manicômio Judiciário da Paraíba. Data: 16 de agosto de 1943.....	82
Gráfico 1 Crescimento Populacional do Estado da Paraíba entre 1940 - 2022.....	94
Gráfico 2 Distribuição dos Pacientes, por Instrução no Manicômio Judiciário da Paraíba: 2023.....	100
Figura 2 Jornal A União: Luta antimanicomial avança na PB.....	111
Figura 3 Mapa de implementação das ações da Política Antimanicomial do Poder Judiciário.....	120

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Quantidade de internos na Penitenciária de Psiquiatria Forense - Sisdepen Jan a Jun/2023.....	96
Tabela 2 Quantidade de internos na Penitenciária de Psiquiatria Forense agosto/2023.....	97
Tabela 3 Quantidade de internos na Penitenciária de Psiquiatria Forense agosto/2023.....	97
Tabela 4 Distribuição dos Pacientes, por cor e sexo no Manicômio Judiciário 2023.....	99
Tabela 5 Distribuição dos Pacientes, por sexo e estado civil no Manicômio Judiciário 2023.....	99
Tabela 6 Distribuição de Pacientes, por tipo de internação e infração penal no Manicômio Judiciário 2023.....	101
Tabela 7 Número de serviços e dispositivos de saúde mental no Estado da Paraíba 2023...	108
Tabela 8 Número de serviços gerais que faltam ser implantados no Estado da Paraíba - Pactuação 2013.....	113
Tabela 9 Quantitativo de categorias e número de entrevistados.....	128

SUMÁRIO

Introdução.....	17
1. Saúde não se vende.....	32
1.1 Direito Humano à Saúde.....	32
1.2 Direito à Saúde nas Convenções Internacionais.....	34
1.3 Direito à Saúde na Constituição brasileira.....	39
1.4 O papel do SUS na reafirmação da Saúde como Direito Social.....	44
2. Louco não se prende.....	69
2.1 Manicômios Judiciários: breve histórico e fundamentos.....	70
2.2 Manicômio Judiciário da Paraíba.....	76
2.3 Conhecendo o funcionamento, estrutura e rotina institucional.....	83
2.4 Dados e contexto atual: A Paraíba no Panorama Brasileiro.....	92
2.5 Dados da situação prisional dos pacientes em 2023 na PPF.....	95
3. Desafios e perspectivas rumo ao fim do Manicômio Judiciário da Paraíba.....	105
3.1 Resolução 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).....	116
3.2 Resistências e obstáculos à mudança de paradigma.....	122
3.3 O Agir das Vozes Institucionais e o Pensar das Vozes da Lei.....	126
4. Considerações Finais.....	141
Referências.....	145
Apêndices.....	162
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	163
Apêndice B - Entrevistas Grupo 1 Policiais Penais, Profissionais de Saúde e da Assistência Social que trabalham no Manicômio Judiciário da Paraíba.....	166
Apêndice C - Entrevistas Grupo 2 Magistrados(as), Defensores Públicos e Coordenação de Saúde Mental que atuam em casos do Manicômio Judiciário da Paraíba.....	167

Introdução

Na presente dissertação, ensejamos discutir os desafios e perspectivas dos caminhos para o fim do Manicômio Judiciário da Paraíba, a partir das transformações ocasionadas pela determinação da Resolução nº 487/2023, de 15 de fevereiro de 2023, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

A questão ressurgiu após a Resolução instituir o fechamento gradual dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), — também chamados de Manicômios Judiciários — destinados à internação de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.

A determinação normativa estabeleceu que a interdição parcial desses estabelecimentos comece a ser implantada no prazo de 6 (seis) meses e aconteça em até 12 (doze) meses — contados a partir da entrada em vigor da Resolução — a interdição total e o fechamento dessas instituições (Brasil, 2023).

Inicialmente, em relação ao prazo estabelecido, a data limite para a interdição parcial era 28 de novembro de 2023, enquanto o fechamento de todos os estabelecimentos, alas ou instituições similares de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil deveria ocorrer até 28 de maio de 2024.

Contudo, o CNJ prorrogou por três meses o prazo para que tribunais, estados e municípios implementem a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, conforme estabelecido na referida Resolução. A decisão foi tomada de forma unânime durante a análise do Ato Normativo 0007026-10.2022.2.00.0000 pelo Plenário Virtual do CNJ, estabelecendo novos prazos de interdição parcial até 28 de fevereiro de 2024 e interdição total até 28 de agosto de 2024. Até o momento da escrita desta dissertação — outubro de 2024 — a interdição total ainda não foi efetivada na Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba, demonstrando desafios institucionais e operacionais no cumprimento dos prazos estabelecidos pela Resolução.

Celebrada por parte da sociedade, a medida tem sido alvo de críticas, discussões e divergências entre a comunidade médica, gestores da área da saúde mental e formuladores de políticas públicas. As entidades comprometidas com a Reforma Psiquiátrica (as associações de saúde mental, o movimento antimanicomial e o Conselho Nacional de Direitos Humanos – CNDH), defendem a aplicação da norma, uma vez que está em consonância com a Lei nº 10.216/2001 — conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica — a qual assegura os direitos e

a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental e com as convenções internacionais de direitos humanos (como a Convenção Internacional sobre os direitos das pessoas com deficiência, da qual o Brasil é signatário).

Por outro lado, parte dos médicos, representados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Brasileira de Psiquiatra (ABP), a Associação Médica Brasileira (AMB), a Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e a Federação Médica Brasileira (FMB), há a oposição ao encerramento das atividades dos HCTPs, sob a alegação de que tal atitude “pode trazer riscos à sociedade brasileira, com impactos na segurança e em outras esferas públicas”¹. As organizações em questão demonstram preocupação com os efeitos práticos decorrentes da desinstitucionalização, uma vez que consideram que “o sistema público de saúde e o sistema prisional convencional não estão adequadamente preparados para absorver todas essas pessoas”².

As entidades mencionadas lançaram um manifesto no qual, não apresenta dados concretos que comprovem a possibilidade de tais impactos, limitando-se a enunciar preocupações genéricas. É imprescindível que o debate sobre o fechamento dos HCTPs seja pautado por informações concretas e evidências científicas, a fim de evitar que suposições sem base documentais ou acadêmicas influenciem decisões tão importantes para a saúde pública e os direitos humanos.

A história da saúde mental nos revela um entrelaçado enredo de desafios e mudanças. Há tempos, a sociedade tem oscilado entre o acolhimento e a segregação daqueles que enfrentam transtornos mentais. À medida que nos aprofundamos na compreensão da importância dos direitos envolvendo a saúde mental e no desafio que o Manicômio Judiciário impõe a essa busca, nos deparamos com uma realidade que transcende a esfera puramente clínica e terapêutica.

Isso se deve ao fato de, preliminarmente, a Organização das Nações Unidas – ONU compreender que a promoção e proteção dos Direitos Humanos é uma questão de direito internacional, e que é necessário um conjunto de normas e padrões para garantir que os Estados Membros respeitem e protejam esses direitos. O Direito Humano à Saúde é um direito fundamental de todo ser humano, previsto pela Declaração Universal de Direitos Humanos – DUDH, reconhecendo a saúde como um direito inalienável.

¹ Para maiores informações, acessar o link: [CFM apoia manifestação contra fechamento de Hospitais de Custódia e Tratamentos Psiquiátricos](#). Acesso em 27/06/2023.

² Para maiores informações, acessar o link: [Decisão do Judiciário de fechar hospitais psiquiátricos que atendem condenados recebe críticas do CFM](#) | Acesso em 11/04/2024.

A atual Constituição da República Federativa do Brasil estabelece que a saúde é um direito social de todos os cidadãos e uma responsabilidade do Estado. Com o objetivo de alcançar esse direito, foi instituído, em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual assegura o acesso integral, universal e gratuito aos serviços de saúde para toda a população brasileira.

Consolidado como o maior sistema público de saúde do mundo, apesar de enfrentar problemas, abrange tanto ações quanto serviços de saúde, desde o simples atendimento na Atenção Primária a procedimentos considerados de Alta Complexidade Hospitalar – como os transplantes de órgãos, além de oferecer acolhimento, acompanhamento e tratamento às pessoas em sofrimento mental, incluindo aquelas em conflito com a lei.

Nesse contexto, é importante considerar que os transtornos mentais, (depressão, esquizofrenia e outras psicoses, demência, transtornos do desenvolvimento, incluindo autismo, transtorno bipolar, etc), são frequentemente tratados como tabu e expõem as pessoas diagnosticadas a uma situação de particular vulnerabilidade, muitas vezes resultando em violações de seus direitos humanos e fundamentais.

No âmbito da saúde, Ayres (2003) considera a vulnerabilidade como a “chance de exposição das pessoas ao adoecimento”, decorrente de um conjunto de componentes individuais, sociais e programáticos, bem como a maior ou menor disponibilidade de recursos protetivos a essas situações (Dimenstein, Cirilo Neto, 2020).

Reconhece-se que a Saúde Mental é ampla demais para ficar nos limites da saúde e engloba decisivamente outras políticas públicas e diversos setores sociais. A Política de Saúde Mental incorpora a intersetorialidade, ou seja, iniciativas, projetos e programas em várias áreas: assistência social, direitos humanos e justiça, educação, trabalho, entre outras.

Ao analisar o conceito de Direitos Fundamentais, o jurista Robert Alexy (2022) nos orienta que “tais direitos são destinados, em primeira instância, a proteger a esfera de liberdade do indivíduo contra intervenções dos Poderes Públicos; eles representam os direitos de defesa do cidadão contra o Estado”.

A conexão entre ambos os conceitos se dá pela função protetora e promotora que o Estado deve desempenhar. Se, por um lado, os Direitos Fundamentais atuam como barreiras contra intervenções arbitrárias do poder público, por outro, as políticas públicas, como a Política de Saúde Mental, devem ser instrumentos para garantir a efetiva realização desses direitos.

Portanto, a integração de setores como a justiça e os direitos humanos na formulação de políticas públicas de saúde mental assegura uma abordagem que não apenas trata, mas

também protege os indivíduos em conformidade com os princípios fundamentais da liberdade e da dignidade humana.

Segundo a Carta das Nações Unidas a “promoção e proteção dos direitos humanos é um dos propósitos das Nações Unidas”. (Brasil, 1945, Art. 1º). Com a adoção da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 10 de dezembro de 1948, a ONU começou a desenvolver “diversos padrões e normas internacionais de Direitos Humanos, bem como mecanismos para promover e proteger esses direitos”³.

As pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas, conforme o Artigo 1 (Propósito), da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), (ONU, 2006; Brasil, 2008; Brasil, 2009).

As pessoas diagnosticadas com transtornos mentais receberam atenção especial das Organizações Internacionais, que estimularam a elaboração de convenções internacionais específicas para a sua proteção. Dessa forma, foi celebrada, no âmbito da ONU, a Declaração dos Direitos do Deficiente Mental, em 1971. Em dezembro de 1991 foi aprovada pela Assembleia Geral da ONU a Resolução 46/119 sobre a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental.

A Luta Antimanicomial coloca em voga a mudança do paradigma da Política de Saúde Mental, em um processo denominado de Reforma Psiquiátrica (RP), tendo como marco jurídico-formal a promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica) – que dispõe sobre a “proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” e estabelece três modalidades de internação psiquiátrica: as voluntárias; involuntárias e as compulsórias. (Brasil, 2001).

Importa destacar que, em nível estadual, a Lei nº 7.639, de 23 de julho de 2004, dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Estado da Paraíba fortalecendo a rede de cuidados em saúde mental e atenção psicossocial:

³ São os Sistemas Internacionais de Proteção dos Direitos Humanos. Para maiores informações, consultar: https://midia.mpf.mp.br/pfdc/hotsites/sistema_protecao_direitos_humanos/index.html. Acesso em: 20/01/2024.

A reforma psiquiátrica, na sua operacionalidade, abrangerá, na forma da Lei Federal, respeitadas as definições constitucionais referentes às competências, os níveis estadual e municipal, devendo atender às peculiaridades regionais e locais, observado o caráter articulado e integrado do Sistema Único de Saúde, atendendo-se ao disposto no artigo 7º, § 3º, inciso II, da Constituição do Estado (Paraíba, 2004, Art. 6º).

Nessa perspectiva:

A política de saúde mental implementada pelo Estado brasileiro a partir da redemocratização do país é a da Reforma psiquiátrica, que insere o direito das pessoas com transtornos mentais como questão de direitos humanos, propõe uma ética inclusiva à sociedade em relação à loucura e constrói uma rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. (CNS, 2010, p.8).

Salienta-se a importância da promoção e proteção que garanta na sociedade em geral:

Acesso a cuidados sem qualquer forma de violação dos direitos humanos, abolindo tratamentos cruéis e degradantes, maus-tratos, contenções físicas e químicas, perda de direitos civis, que estimulem a discriminação, o preconceito e o estigma (Resolução nº 8/2019 – CNDH)⁴

O sistema carcerário brasileiro é marcado por um quadro de violação massiva, generalizada e sistêmica dos direitos fundamentais. Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, de 2021, a população carcerária brasileira era de 753.966 presos (sem considerar os presos sob custódia das polícias em carceragens). Na publicação de 2022, o total de pessoas privadas de liberdade no Sistema Penitenciário passou para 815.165, representando um aumento de 7,3% na taxa da população prisional.

Desse universo, segundo o CNJ, citando dados do Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (Sisdepen), havia em 2022, 1.869 pessoas cumprindo medida de segurança em Manicômios Judiciários (hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico) ou em estabelecimentos penais comuns⁵.

A população privada de liberdade é vulnerável e tem seus direitos constantemente ameaçados. Dentro deste grupo, muitas vezes invisibilizadas, encontram-se as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei custodiadas em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP, objeto do nosso estudo.

⁴ A Resolução nº 8/2019 do Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH) representa um marco significativo na promoção e proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais no Brasil e destina-se a orientar políticas de saúde mental e uso problemático de álcool e outras drogas em todo o território nacional e tem foco especial em agentes e instituições estatais.

⁵ Para maiores informações, acessar o link: [CNJ e Ministério da Saúde trabalham para implementar Política Antimanicomial](#) Acesso em 01/05/2023.

Importa afirmar que ao longo da História, usuários dos serviços de saúde mental, familiares, trabalhadores, gestores da rede, professores e estudantes da comunidade acadêmica formaram uma Frente Ampla em Defesa da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, na qual a constatação de tensões sociais e a iminente ruptura de uma mudança social sempre se fizeram presentes.

E é em nome desse desafio que se faz necessário, portanto, ressaltar que a produção acadêmica – através dos produtos de suas pesquisas, dos resultados de suas aplicações e especialmente dos impactos sociais causados – torna-se uma forte aliada para potencializar tal promoção.

A escolha do tema deste trabalho se justifica a partir de minhas inquietações que surgiram nos intensos debates ocorridos quando fui Assessor Técnico no Conselho Estadual de Saúde do Ceará – Cesau/CE⁶, especialmente no desenvolvimento das atividades relacionadas à Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM⁷.

O Cesau/CE é um órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura organizacional da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa), com jurisdição em todo o território estadual. É composto por representantes dos segmentos de usuários, trabalhadores, gestores do SUS e prestadores de serviços em saúde, e tem como missão fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde nas suas mais diferentes áreas, levando as demandas da população ao poder público, por isso é chamado de controle social na saúde.

As Comissões Intersetoriais, de caráter permanente, integram a estrutura do Cesau/CE com objetivo de ampliar a participação de sujeitos sociais, instituições e entidades com atuação no campo da saúde e demais áreas sociais com repercussão nos determinantes sociais da saúde.

A Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM, tem como atribuições, entre outras, promover discussões de temas, propostas e estratégias para subsidiar a formulação, o acompanhamento e avaliação para o Controle Social das políticas na área de Saúde Mental.

Assessorando a referida Comissão em articulação com os órgãos públicos, movimentos sociais, movimentos da luta antimanicomial e da sociedade em geral, participei de intensos debates sobre o monitoramento, acompanhamento, execução e avaliação das

⁶ Para maiores informações: [Secretaria da Saúde do Ceará - Cesau/CE](#). Acesso em: 01/04/2023.

⁷ Para maiores informações: [Comissão Intersetorial de Saúde Mental- CISM/Cesau](#) Acesso em: 01/04/2023.

políticas de Saúde Mental e da implementação Rede de Atenção Psicossocial – RAPS e pude testemunhar a importância desse movimento na Defesa da Saúde Mental.

A singularidade dos Direitos Humanos e do Sistema Prisional reside no seu posicionamento estratégico no âmbito das Ciências Humanas, permitindo sua abordagem interdisciplinar e oferecendo possibilidades de estudo e análise por diversas áreas do conhecimento acadêmico.

Portanto, a capacidade de investigar os Direitos Humanos e o Sistema Prisional por meio de diferentes lentes disciplinares não apenas enriquece o campo acadêmico, mas também promove uma compreensão mais abrangente e crítica dos desafios enfrentados na proteção dos direitos humanos em contextos de privação de liberdade.

Como define Pádua (1997), “a pesquisa é uma atividade que, voltada a responder questões que brotam de inquietação diante da realidade, conduz a elaboração de um conhecimento novo, que auxilia na sua compreensão”.

A relevância social inerente ao presente estudo, no contexto dos Direitos Humanos e Cidadania, fundamenta-se na proposta de ampliar as discussões referentes às Políticas Públicas Intersetoriais destinadas às pessoas com transtornos mentais em conflito com a Lei. Este enfoque busca não apenas abordar as lacunas existentes no panorama das políticas públicas, mas também fornecer uma perspectiva ampliada que transcenda as fronteiras das instituições envolvidas. A integração e ampliação do escopo teórico propiciam não somente o enriquecimento da base teórica existente, mas também a sustentação para a produção de novos saberes. Essa perspectiva visa transcender as barreiras tradicionais do ambiente acadêmico, aproximando-o da realidade das tragédias humanas que ocorrem nos Manicômios Judiciários.

É imperativo destacar a importância de popularizar tais temáticas, que, embora cruciais para a sociedade, muitas vezes são negligenciadas. A falta de divulgação desses temas contribui para o empobrecimento da compreensão histórica da sociedade.

Sobre essa convergência, Brito (2016, p.15) nos revela:

O Manicômio Judiciário, instaurado a partir da relação entre esses dois saberes, tem por função capturar os sujeitos desviantes que não repousam apenas na Psiquiatria, nem se acomodam apenas na Justiça, mas transitam entre esses dois campos, uma vez que ao mesmo tempo em que são ditos loucos, são instituídos como criminosos.

Como afirma Foucault (2004, p. 137),

Loucura e crime não se excluem, mas não se confundem num conceito indistinto; implicam-se um ao outro no interior de uma consciência que será tratada, com a mesma racionalidade, conforme as circunstâncias o determinem, com a prisão ou com o hospital.

O Manicômio Judiciário da Paraíba – inaugurado em 16 de agosto de 1943 – foi construído como extensão do antigo Hospital Colônia Juliano Moreira. Atualmente denomina-se Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba – PPF/PB e foi criada para ser “um espaço próprio para receber pessoas portadoras de enfermidade mental (psicóticos), que cometeram delito em cuja sentença a Justiça reconhece a necessidade do encaminhamento da pessoa para um tratamento especializado” (Almeida, 2018, p.109). A Penitenciária está sob a administração da Secretaria de Administração Penitenciária da Paraíba (SEAP-PB) e é a única instituição oficial com função de realização de exames periciais psiquiátricos forenses, atendendo ao público de todo o Estado da Paraíba⁸.

Inicialmente, buscamos realizar um breve levantamento bibliográfico das teses, dissertações e trabalhos de conclusão de curso referentes à temática pesquisada. No caso dos estudos sobre os assuntos investigados – no Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas – SIGAA/UFPB da Biblioteca da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, ao utilizarmos a ferramenta de busca para procurar o termo “Direitos Humanos”, foram reportados mais de 300 títulos e 47 artigos encontrados. Ao pesquisarmos o termo “Saúde Mental”, foram encontrados 247 títulos; Ao verificarmos no acervo o termo “transtorno mental”, foram encontrados 33 títulos. Ao buscar o termo “Sistema Prisional”, foram encontrados apenas 17 títulos. Ao realizar o levantamento do termo “Manicômio Judiciário” foram encontrados apenas 3 títulos: As Dissertações: “Desinstitucionalização das medidas de segurança na Paraíba: Entre controles e abandonos”, da pesquisadora Olívia Maria de Almeida, e a “Justiça, psiquiatria e outras drogas: Instituições fissuradas pelo manicômio judiciário” de Daniel Adolpho Daltin Assis, ambas apresentadas no PPGDH/UFPB; E o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação (TCC) intitulado “O que não tem medida, nem nunca terá”: uma análise do instituto da periculosidade na execução das medidas de segurança de Josseana França da Silva, apresentado no curso de Direito – Santa Rita/PB. Em seguida, ao fazer o levantamento do termo “portadores de transtornos mentais”, foi encontrado apenas 1 título: A monografia intitulada “A influência do fanatismo religiosos no

⁸ Relatório de Visita a Unidades de Privação de Liberdade no Estado da Paraíba. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, outubro de 2016. Disponível em: [Relatório MDH 2016](#). Acesso em: 23/03/2023.

comprometimento do tratamento dos portadores de transtornos mentais”, de Walter Venâncio da Silva, apresentada ao Centro de Ciências da Saúde/UFPB. Por fim, ao pesquisar o termo “Penitenciária de Psiquiatria”, o sistema informa que “não foram encontrados resultados para a busca com estes parâmetros”.

No que diz respeito aos instrumentos normativos adotados como referência, foram consultadas resoluções, portarias e recomendações emitidas pelo Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNP/CP/MJSP). Além disso, foram consideradas legislações internas internacionais⁹ abordadas no primeiro capítulo da dissertação.

Os objetivos específicos deste trabalho são: primeiro, contextualizar o reconhecimento do Direito à Saúde desde as Convenções Internacionais até a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como um componente fundamental para garantir o acesso à saúde como um Direito Social no Brasil. Segundo, descrever os principais mecanismos de compreensão referentes ao fim do Manicômio Judiciário da Paraíba, utilizando diálogos extraídos da memória oral dos participantes envolvidos nesse processo. Por fim, refletir sobre os desafios e perspectivas para o encerramento definitivo dessa instituição.

Após as tratativas iniciais com a direção da Penitenciária Psiquiátrica Forense da Paraíba (PPF/PB), com o envio do projeto e documentação requerida, foi formalizado o Termo de Protocolo nº 05/2023 (constante no Anexo I) entre a Secretaria de Administração Penitenciária da Paraíba (SEAP/PB) e a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com o propósito de viabilizar a realização da pesquisa na referida unidade.

Nesse horizonte de compreensão, a pesquisa de campo é uma etapa fundamental para o desenvolvimento dos estudos acadêmicos, permitindo a imersão direta em contextos específicos para a coleta de dados e análises. Nas palavras de Brandão (2007), “a experiência de trabalho de campo tem uma dimensão muito intensa de subjetividade. Dados de troca, de sinais e símbolos entre as pessoas se estabelecem inevitavelmente e isso marca não só a realização do trabalho, mas o material produzido por esse trabalho realizado”.

Por conseguinte, a escolha da pesquisa de campo, especialmente em uma instituição como o Manicômio Judiciário, é fundamentada em diversos aspectos relevantes para a

⁹ Legislação Interna: Código Penal (CP) - Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de Dezembro de 1940; Código de Processo Penal (CPP) - Decreto-Lei nº 3.689 de 3 de outubro de 1941; Lei de Execução Penal (LEP) - Lei nº 7.210 de 11 de julho de 1984; Lei nº 10.216/2001; Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, entre outras. Legislação Internacional: Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD); o Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradante, entre outras.

investigação acadêmica. Essas instituições representam um ambiente singular que permite a análise crítica das políticas públicas de saúde mental, direitos humanos e justiça criminal.

No que concerne aos aspectos éticos da pesquisa, o projeto foi devidamente cadastrado na Plataforma Brasil, acompanhado da documentação necessária, e submetido ao exame do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/UFPB). O referido projeto foi aprovado no mês de outubro de 2023, recebendo o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAEE) de número 74098623.2.0000.5188 e o parecer de aprovação com o número 6.389.133.

Durante a realização da primeira parte da pesquisa, foram consultadas fichas cadastrais, prontuários, processos e lista dos internos, fornecidas pelos servidores, especialmente a documentação referente aos anos iniciais da instituição, contribuindo sobremaneira para a contextualização histórica do estabelecimento, a compreensão dos procedimentos clínicos adotados e a análise da interseção entre a legislação vigente na época e as práticas de custódia e tratamento dos portadores de transtornos mentais no contexto do Manicômio Judiciário da Paraíba.

A coleta de dados realizada incluiu informações tais quais: quantidade e distribuição dos pacientes por cor, profissão, sexo, estado civil, diagnósticos, permanência e motivos de saída do Manicômio Judiciário da Paraíba, entre outras e constitui uma base fundamental para investigar os desafios e obstáculos relacionados ao fim desse tipo de instituição. A determinação da Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) que impacta diretamente o Manicômio Judiciário, exigindo transformações significativas, torna esses dados particularmente relevantes para a análise.

A análise dos dados estatísticos pertinentes à população da Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba (PPF/PB) foi obtida através dos relatórios emitidos pelo Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (Sisdepen), além das informações do Painel de Informações do Sistema Penitenciário da Secretaria de Estado da Administração Penitenciária da Paraíba e, sobretudo, da análise contínua e semanal dos dados extraídos na própria unidade.

Na segunda fase da pesquisa pretendeu-se desvendar as “estratégias de poder, saber e subjetivação” (Foucault, 2003), a partir das técnicas de história oral – que foram amplamente utilizadas como fonte de exame crítico da matéria. Nesse sentido, colhemos depoimentos com vista à percepção de dois segmentos de atores: 1- Os agentes públicos com contato direto com essas pessoas (policiais penais; profissionais de áreas técnicas da saúde, assistência

social e direção da unidade); e 2- Os(as) magistrados(as), defensores públicos e da Coordenadoria de Saúde Mental.

No que se refere ao número de entrevistados, a história oral “normalmente tem sido explorada em seu aspecto mais diminuto, devido às dificuldades em se trabalhar com elevada quantidade de material” (Meihy, 2015). As entrevistas foram realizadas individualmente em local adequado para que os participantes da pesquisa se sentissem seguros e à vontade para falar livremente. Realizaram-se as entrevistas no final do segundo semestre de 2023, na Penitenciária de Psiquiatria Forense – PPF, no Fórum Criminal Ministro Oswaldo Trigueiro de Albuquerque Mello, além da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba.

Os participantes foram informados previamente sobre os objetivos da pesquisa, a garantia do sigilo das informações fornecidas, o compromisso de assegurar o anonimato, bem como o direito de suspender a participação na pesquisa a qualquer momento. Também foram avisados(as) que as entrevistas seriam gravadas a fim de proporcionar os registros das falas para posterior transcrição.

O que se deseja com as entrevistas realizadas é compreender o funcionamento e o encerramento do Manicômio Judiciário da Paraíba e avaliar a implementação da Resolução 487 do Conselho Nacional de Justiça, analisando como esta normativa está sendo percebida e aplicada pelos profissionais do setor, incluindo médicos, policiais penais e assistentes sociais. As entrevistas são uma ferramenta essencial para entender as dinâmicas atuais da estrutura e funcionamento do Manicômio Judiciário, abrangendo os mecanismos de controle, segurança e o acompanhamento dos pacientes após a alta.

Em relação a coleta de dados através das entrevistas, além de ser uma ferramenta versátil, a entrevista auxilia o pesquisador na compreensão de vários fenômenos sociais que envolvem o estudo em questão. A reflexão acerca da produção dos depoimentos orais possibilita descrever o conhecimento e a análise dos discursos através de personagens que tiveram uma participação direta com o objeto de pesquisa, como esclarece o Professor Antonio Torres Montenegro (2012, p.30): “do ponto de vista teórico, os depoimentos orais caracterizam-se como parte dos recursos documentais a que o historiador pode recorrer, para ampliar o debate historiográfico e o recorte temático do seu objeto de estudo”.

Nesse sentido, importa reforçar que a abordagem da história oral se concentra na coleta e análise desses relatos, levando em consideração os contextos socioculturais e as percepções individuais dos entrevistados, enquanto a história do tempo presente amplia o escopo temporal da análise, conectando o passado recente com o presente. Conforme nos assevera Delgado (2003, p.10): “Tempo, memória, espaço e história caminham juntos.

Inúmeras vezes, através de uma relação tensa de busca de apropriação e reconstrução da memória pela história”.

A seleção dos participantes para as entrevistas no contexto do Manicômio Judiciário da Paraíba foi guiada por critérios específicos visando obter uma amostra representativa e equilibrada e foram determinados mediante a observação não participante das atividades realizadas pelos servidores, considerando também a disponibilidade destes profissionais.

Sobre essa abordagem Godoy (1995), ressalta que “quando o pesquisador atua apenas como espectador atento, temos o que se convencionou chamar de observação não-participante”, ou seja é um método de pesquisa em que o observador não se integra ao grupo que está sendo observado, mas sim o observa de fora, sem intervir.

Nesse sentido, para o Grupo 1, que engloba os agentes públicos com contato direto com as pessoas privadas de liberdade (como policiais penais, profissionais das áreas técnicas de saúde, assistência social e direção da unidade), foram realizadas seis entrevistas, distribuídas da seguinte maneira: dois médicos-psiquiatras, dois policiais penais (sendo um deles o chefe de disciplina), um assistente social, além do diretor da unidade.

No que se refere às entrevistas do Grupo 2, não foi aplicado um critério de seleção específico, uma vez que apenas um profissional de cada área de atuação está envolvido nas atividades da Penitenciária de Psiquiatria Forense. A escolha dos entrevistados levou em consideração, além disso, a disponibilidade destes profissionais para participação. No total, foram realizadas três entrevistas, envolvendo o(a) Coordenador(a) de Saúde Mental, Magistrados(as) e defensores públicos.

Esta Dissertação está estruturada em três capítulos, além desta introdução e das considerações finais. O primeiro, intitulado “Saúde não se Vende”, é dedicado à análise do Direito Humano à Saúde, desde o advento da Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH). Examinamos os fundamentos do Direito à Saúde presentes nas Convenções Internacionais, destacando o papel das principais organizações internacionais responsáveis pela formulação de políticas globais de saúde, como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Assembleia Mundial da Saúde (AMS).

Em seguida, delineamos o Direito à Saúde na Constituição brasileira, considerando a estrutura da República Federativa e do Estado Democrático de Direito, bem como o reconhecimento da Saúde como um Direito de Segunda Dimensão.

Além disso, ampliamos a discussão sobre o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) na consolidação do Direito à Saúde como um direito social no Brasil. Apresentamos os antecedentes do SUS e a relevância da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), com ênfase

especial na discussão sobre as Conferências Nacionais de Saúde Mental e a participação ativa da sociedade civil e dos usuários de saúde mental, assim como os principais marcos normativos que garantem os direitos das pessoas com transtorno mental.

Este capítulo visa estabelecer um arcabouço teórico e normativo para a compreensão dos elementos que fundamentam o acesso à saúde como um direito humano fundamental, traçando uma linha cronológica desde sua concepção internacional até sua materialização no contexto legal e estrutural brasileiro, especialmente considerando as especificidades dos direitos das pessoas com transtorno mental.

No segundo capítulo, intitulado “Louco não se prende”, o foco central é a reflexão sobre os Manicômios Judiciários. Inicialmente, será apresentado um histórico conciso dessas instituições, explorando seus fundamentos originais e as mudanças ao longo do tempo, sendo o Manicômio Judiciário da Paraíba o cerne desta análise.

Na busca por compreender os desafios e perspectivas rumo ao fim do Manicômio Judiciário, é relevante explorar não apenas as questões práticas e jurídicas envolvidas, mas também as reflexões filosóficas e conceituais que permeiam essa discussão. Nesse contexto, as palavras do Padre Antônio Vieira, em Sermões, assumem um papel relevante ao evidenciarem uma concepção de temporalidade não linear, onde passado, presente e futuro estão interligados em uma teia de interações mútuas:

Se no passado se vê o futuro, e no futuro se vê o passado, segue-se que no passado e no futuro se vê o presente, porque o presente é o futuro do passado e o mesmo presente é o passado do futuro. (Vieira, 2014, p.70 e 71).

Ao refletir sobre a interdependência temporal, Vieira nos convida a considerar o presente não apenas como um momento isolado, mas como um ponto de convergência entre o que foi e o que será. Essa abordagem filosófica lança luz sobre a necessidade de compreendermos o presente não apenas como uma realidade estática, mas como um ponto de partida para a construção de um futuro fundamentado em uma análise crítica do passado. Assim, ao explorarmos os desafios e perspectivas relacionados ao fim do Manicômio Judiciário, é essencial considerar não apenas os aspectos práticos e jurídicos, mas também as implicações filosóficas e conceituais que moldam essa problemática.

No contexto da discussão sobre o fim do Manicômio Judiciário da Paraíba, as palavras do Padre Antônio Vieira ressoam de maneira pertinente, pois provocam uma reflexão sobre a relação entre passado, presente e futuro no âmbito das políticas de saúde mental. Ao considerar a temporalidade como uma sequência contínua, somos instigados a

examinar não apenas as práticas e instituições do passado que moldaram o atual cenário da instituição, mas também a projetar um futuro que transcenda esse modelo obsoleto.

O professor Carneiro (2004, p. 224) reforça a ideia da subjetividade do tempo:

O tempo é, portanto, subjetivo, isto é, o que colocamos em relações temporais são impressões mentais - tempo passado, memória; tempo futuro, expectativa; tempo presente, passado presente e futuro presente.

A citação de Carneiro sobre a subjetividade do tempo e suas relações com as impressões mentais oferece uma lente valiosa para analisar o Manicômio Judiciário da Paraíba no contexto das experiências individuais dos profissionais, assim como das políticas e práticas institucionais.

O presente no Manicômio é uma mistura complexa de passado, presente e projeções para o futuro. As práticas institucionais, políticas de tratamento e interações diárias são influenciadas pelas memórias dos profissionais, pela história da instituição e pelas expectativas de mudança.

Essa compreensão da subjetividade do tempo tem implicações significativas para a reformulação de políticas e práticas no manicômio judiciário. Ela destaca a importância de considerar as experiências passadas dos pacientes e profissionais ao criar estratégias de tratamento mais humanizadas.

A investigação avançará detalhando o funcionamento, a estrutura física e a rotina institucional do Manicômio Judiciário da Paraíba. Faremos análises estatísticas e demográficas para oferecer uma visão detalhada da situação prisional dos pacientes mais recentemente admitidos até a conclusão desta dissertação.

O terceiro capítulo intitulado “Desafios e Perspectivas Rumo ao Fim do Manicômio Judiciário da Paraíba”, concentra-se na análise crítica dos obstáculos enfrentados e nas perspectivas para a superação desse modelo institucional. Neste contexto, será realizada uma reflexão sobre a mudança de paradigma proposta pela Resolução 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), avaliando seu impacto e implicações específicas no cenário do Manicômio Judiciário da Paraíba. Inicialmente, serão exploradas as resistências e barreiras que se apresentam à mudança de paradigma, identificando os desafios específicos envolvidos na transição para novos modelos de cuidado e tratamento.

Em seguida, realizaremos uma imersão nas dinâmicas que permeiam o ambiente singular do Manicômio Judiciário, através do “Agir das Vozes Institucionais”, que abarca diferentes atores como policiais penais, profissionais das áreas técnicas da saúde, assistência social, além da direção da unidade e destacamos a importância de suas perspectivas para

compreender a complexidade da instituição e suas práticas, além de dedicarmos atenção ao “Pensar das Vozes da Lei”, grupo composto por representantes do judiciário, da saúde pública e da defensoria pública. A análise de suas perspectivas oferece uma visão abrangente sobre as complexidades inerentes ao funcionamento do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Metodologicamente, as entrevistas foram agrupadas em tabelas para facilitar a compreensão e a organização das respostas de cada grupo de entrevistados(as). Foram incorporadas duas perguntas específicas no roteiro das entrevistas, focadas na percepção dos(as) entrevistados(as) sobre o Manicômio Judiciário da Paraíba. Essas perguntas foram selecionadas por sua relevância em captar a memória oral e as experiências vividas pelos profissionais envolvidos. As tabelas foram utilizadas para ordenar as respostas na sequência das entrevistas, proporcionando uma visão clara e organizada dos dados coletados.

Este capítulo oferece uma análise crítica e propositiva dos desafios e perspectivas para superar o modelo manicomial na Paraíba, desafiando conceitos arraigados e reconhecendo a saúde mental como um bem inestimável e inegociável, tanto individual quanto coletivamente.

1. Saúde não se vende

A saúde é um dos pilares fundamentais da nossa existência, um direito humano inalienável que deveria transcender as barreiras do lucro e da mercantilização. No entanto, a crescente comercialização dos serviços de saúde representa um desafio crítico para a sociedade contemporânea. Ela nos força a questionar até que ponto o valor da saúde está sendo subjugado pelos interesses financeiros, posto que ela é um bem essencial que deveria ser acessível a todos, independentemente de sua condição social e/ou financeira. Neste capítulo, aprofundaremos de maneira reflexiva a complexa questão da saúde como Direito Humano, com foco especial na dimensão mais sensível e urgente desse debate: a saúde mental.

Da mesma forma, “Saúde não se vende” é mais do que um simples lema. É um grito de resistência que ecoa nas vozes daqueles que enxergam a saúde mental como um direito inalienável, e não como uma mercadoria a ser comercializada.

1.1 Direito Humano à Saúde

O conceito de saúde é diverso e abrange diferentes dimensões físicas, mentais e sociais do bem-estar. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946, p.1), a saúde é definida como um “estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

A dimensão física da saúde refere-se ao funcionamento adequado do corpo, ausência de doenças, lesões ou condições que afetam o organismo. Envolve aspectos como a capacidade de realizar atividades regularmente, ter uma alimentação equilibrada, além de um sono adequado.

A dimensão mental da saúde abrange o estado emocional e psicológico de uma pessoa. Inclui a capacidade de lidar com o estresse, manter relacionamentos saudáveis, ter uma autoestima positiva, desenvolver habilidades cognitivas e emocionais, e ter um equilíbrio entre trabalho, lazer e descanso.

A dimensão social da saúde diz respeito às relações sociais de um indivíduo. Inclui o suporte social, o acesso a recursos e serviços, a participação na comunidade e a sensação de pertencimento e conexão com os outros.

Portanto, o conceito de saúde vai além da ausência de doença e engloba o equilíbrio e a integridade física, mental e social de uma pessoa. É um estado dinâmico que varia ao longo

do tempo e pode ser influenciado por fatores genéticos, ambientais, sociais, psicológicos e culturais.

Com a adoção da Declaração Universal de Direitos Humanos – DUDH, em 10 de dezembro de 1948, a ONU começou a desenvolver diversos padrões e normas internacionais de Direitos Humanos, bem como mecanismos para promover e proteger inúmeros direitos.

Essa foi uma resposta à violação generalizada dos Direitos Humanos durante a Segunda Guerra Mundial e aos crimes contra a humanidade¹⁰ cometidos pelo regime nazista. Foi também uma resposta à necessidade de proteger os direitos das pessoas em todo o mundo, independentemente da sua raça, gênero, religião ou origem.

A ONU compreende que a promoção e proteção dos Direitos Humanos é uma questão de direito internacional, e que era necessário um conjunto de normas e padrões para garantir que os Estados Membros respeitassem e protegessem esses direitos. A DUDH estabelece os direitos básicos que devem ser garantidos a todas as pessoas, independentemente da sua nacionalidade ou situação.

A Professora Flávia Piovesan (2014), nos orienta em relação à estrutura da Declaração:

A Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948 introduz extraordinária inovação ao conter uma linguagem de direitos até então inédita. Combinando o discurso liberal da cidadania com o discurso social, a Declaração passa a elencar tanto direitos civis quanto políticos (arts. 3.º a 21), como direitos sociais, econômicos e culturais (arts. 22 a 28), afirmando a concepção contemporânea de Direitos Humanos.

Inclusive o artigo 25 abrange uma ampla gama de direitos:

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

De acordo com o Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde da Organização Mundial da Saúde, a Cobertura Universal de Saúde significa que “todas as pessoas e comunidades poderão usufruir dos serviços promotores de saúde,

¹⁰ Atualmente o Tribunal Penal Internacional (TPI) – criado pelo Estatuto de Roma em 17/07/1998 – é o Organismo Internacional permanente, responsável por investigar e julgar indivíduos acusados de genocídio, crimes contra a humanidade, crimes de guerra e crime de agressão. O Brasil assinou o Estatuto de Roma em 7 de fevereiro de 2000, sendo promulgado por meio do Decreto nº 4.388 de 25/09/2002. Para maiores informações sobre *La Cour Pénale Internationale (CPI)*, acessar o site: [International Criminal Court](http://www.iccn-crj.org/). Acesso em: 01/04/2023.

preventivos, curativos, de reabilitação e paliativos de que necessitam, com qualidade suficiente para serem eficazes, garantindo, em simultâneo, que os utentes desses serviços não ficarão expostos a dificuldades financeiras”(OMS, 2020, p.8).

É importante considerar que a pobreza e a desigualdade social são violações massivas dos direitos humanos. Diante de um mundo repleto de desigualdades sociais, “acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares” é o primeiro objetivo do plano de ação global da ONU. O Banco Mundial e a OMS relataram, em 2017, que “metade da população mundial não tem acesso aos serviços essenciais de saúde e 100 milhões ainda estão em extrema pobreza devido às despesas de saúde”, quadro que é incompatível com o direito à saúde estabelecido no Artigo 25 da Declaração.

Diversos documentos contribuíram para o reconhecimento da saúde como um direito humano, como a Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiência, em 1975; os Princípios para a Proteção dos Doentes Mentais e a Melhoria dos Cuidados de Saúde Mental, em 1991; os Princípios das Nações Unidas para os Idosos, em 1991; a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres em 1993, entre outros.

No entanto, apesar do importante trabalho realizado pela ONU em matéria de Direitos Humanos, ainda há muitos desafios a enfrentar, sendo necessária uma ação concentrada em âmbito internacional para garantir que esses direitos sejam respeitados e protegidos em todo o mundo.

1.2 Direito à Saúde nas Convenções Internacionais

A saúde é uma questão global que afeta todas as pessoas, independentemente de sua nacionalidade, gênero, idade ou condição social. Para lidar com os desafios globais da saúde, diversas organizações internacionais foram criadas ao longo do Século XX com o objetivo de desenvolver políticas de saúde eficazes que promovam a saúde e o bem-estar de toda a humanidade.

Essas organizações atuam em diferentes níveis, desde a formulação de políticas globais até a implementação de programas de saúde em nível local. Inicialmente é necessário fazer uma breve contextualização das principais organizações responsáveis pelo desenvolvimento de políticas de saúde mundiais, descrevendo suas funções e áreas de atuação.

1.2.1 Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS

A Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS é a agência internacional especializada em saúde pública das Américas. A Organização tem 35 Estados Membros e quatro membros Associados na região. A OPAS tem duas vertentes institucionais: é a agência especializada em saúde do Sistema Interamericano e também atua como Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde

A Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/PAHO foi fundada em 1902, sendo a organização internacional de saúde pública mais antiga do mundo. Inicialmente era vinculada a órgãos de saúde dos EUA, onde atuava com baixo orçamento, e era limitada a alguns países da América Latina. (Moreira; Santos; Sousa, 2020).

Em 1947, ao final da XII Conferência Sanitária Pan-Americana, o Conselho Diretor adotou a Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde. De acordo com o documento, a OPAS tem como propósitos fundamentais “a promoção e coordenação dos esforços dos países do Hemisfério Ocidental para combater doenças, prolongar a vida e estimular o aperfeiçoamento físico e mental de seus habitantes”.

Após a criação da ONU e da OMS, a OPAS passou a ser reconhecida, em 1949, como Escritório Regional desta última para as Américas, passando a ser denominada OPAS/OMS.

A OPAS/OMS é uma entidade de Direito Internacional Público, cujo funcionamento no Brasil se ampara em instrumentos legais internacionais. O Escritório Regional da Repartição foi previsto pelo acordo firmado entre o Governo brasileiro e a OPAS/OMS, em 27 de agosto de 1951, aprovado pelo Congresso Nacional, em 18 de dezembro de 1953, Decreto Legislativo nº 99, e promulgado pelo Presidente da República João Café Filho, em 13 de setembro de 1954, Decreto nº 36.155.

Enfatiza-se a importância dos Planos Estratégicos da OPAS que estabelecem a direção estratégica da Organização, com base nas prioridades coletivas de seus Estados Membros, e especificam os resultados de saúde pública a serem alcançados periodicamente. O Plano para o período 2020-2025 é o principal instrumento para a implementação da Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 (SHAA2030) e portanto para a realização dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados à saúde na Região. Partindo de quatro principais dimensões: social, ambiental, econômica e institucional, os ODS defendem que é necessário levar o mundo a um caminho sustentável com medidas transformadoras.

Durante a Rio+20, Conferência das Nações Unidas realizada no Rio de Janeiro, em junho de 2012, os 193 Estados Membros da Organização, ao discutirem o desenvolvimento sustentável, estabeleceram os ODS¹¹ que representam “um apelo global à ação para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir que as pessoas, em todos os lugares, possam desfrutar de paz e de prosperidade”.

Na Agenda de Saúde Sustentável estão previstas ações nas áreas de erradicação da pobreza, segurança alimentar, agricultura, saúde, educação, igualdade de gênero, redução das desigualdades, e tantas outras temáticas, sendo definidos 17 objetivos interconectados, a serem atingidos até 2030 - sendo o documento conhecido como “Agenda 2030”.

1.2.2 Organização Mundial da Saúde – OMS

Com o final da Segunda Guerra Mundial (1945) e o início da Guerra Fria (1947) que foi a polarização política entre a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) e os Estados Unidos da América (EUA), foi fundada em 7 de abril de 1948 a Organização Mundial da Saúde, a mais importante agência multilateral da Organização das Nações Unidas – ONU.

A Constituição da Organização Mundial de Saúde foi estabelecida durante a Conferência Internacional de Saúde em Nova York, em 22 de julho de 1946. No contexto brasileiro, sua promulgação ocorreu por meio do Decreto Nº 26.042, datado de 17 de dezembro de 1948, sendo assinado pelo presidente Eurico Gaspar Dutra.

Na Constituição da OMS, a saúde é definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Seu objetivo é “conduzir todos os povos ao nível de saúde mais elevado possível”. O documento foi ratificado com a participação de 26 dos 61 países membros.

Conforme assevera (Moreira, *et al*; 2020, p. 122):

A agência trabalha com 194 Estados-membros, através de mais de 150 representações ao redor do mundo. Seus escritórios regionais têm autoridade discricionária em relação à sede, em Genebra, trabalhando diretamente com os ministérios de saúde de cada país, nas regiões em que atuam.

¹¹ Para maiores informações, consultar: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs> Acesso em: 01/04/2023.

De acordo com o artigo 9 de sua Constituição, o funcionamento da Organização é assegurado pelos seguintes órgãos: Assembleia Mundial da Saúde (que será discutido no próximo tópico); Conselho Executivo composto por 34 membros, eleitos entre os membros da Organização para mandatos de três anos. É responsável por concretizar as decisões tomadas pela Assembleia Mundial da Saúde e seu Secretariado que “compreende o diretor-geral e o pessoal técnico e administrativo de que a Organização necessite”.

As principais áreas de trabalho da entidade são os sistemas de saúde; saúde através do curso de vida; doenças não transmissíveis e transmissíveis; preparação, vigilância e resposta; e serviços corporativos. A organização possui seis escritórios regionais (Américas, África, Sudeste da Ásia, Europa, Mediterrâneo Oriental e Pacífico Ocidental), onde se agrupam os Estados-membros.

Entre as diversas conquistas e resultados exitosos da OMS, cabe destacar o seu papel na erradicação da varíola (1979), da poliomielite (2019), as importantes intervenções sanitárias (programas de luta contra as grandes doenças - como tuberculose, malária) e o apoio às pesquisas de doenças transmissíveis (gripe, AIDS) (Ventura & Perez, 2014).

Importa ainda destacar o papel da OMS no combate ao coronavírus, denominado SARS-CoV-2, responsável por causar a doença COVID-19¹².

Ressalta-se ainda que a celebração do Dia Mundial da Saúde ocorre todos os anos em 7 de abril, em referência a fundação da OMS, e a cada ano se concentra em uma preocupação específica de saúde pública. Neste ano de 2023, a OMS adotou como tema “Saúde para Todos” e a Organização celebra seu 75º aniversário sob a temática: 75 anos melhorando a saúde pública.

1.2.3 Assembleia Mundial da Saúde – AMS

A Assembleia Mundial de Saúde (AMS) é o principal órgão decisório da Organização Mundial de Saúde, responsável por definir políticas, nomear o Diretor-Geral, monitorar as políticas financeiras, revisar e aprovar o orçamento do programa proposto. A AMS se reúne em Genebra, no mês de maio, com a participação de delegações dos Estados-Membros.

¹² Em 2019 a OMS foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan (China), referia-se até então a uma nova cepa de coronavírus que não havia sido identificada antes em seres humanos. Em janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constitui uma “Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)” – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Diante da propagação da COVID-19, em março de 2020, a OMS decretou pandemia mundial da nova doença. Seguiu-se então as recomendações de usos de máscaras, homologação das primeiras vacinas, os estudos sobre a origem da COVID, além de avaliações da gestão da pandemia pelo mundo.

Destacamos a 66ª Assembleia Mundial de Saúde, ocorrida em 2013, onde foram aprovadas 24 resoluções e cinco decisões adotadas pelos cerca de 2 mil delegados representantes dos Estados-Membros da OMS. Foi assinado um acordo sobre uma série de novas medidas de saúde pública e recomendações destinadas a garantir mais benefícios para todas as pessoas em todos os lugares do planeta.

Por dezenas de anos, as AMS's passaram despercebidas aos olhos do mundo. Entretanto, desde a emergência da pandemia de COVID-19, “cada vez mais despertam a atenção de políticos, diplomatas e da sociedade civil”. Dentre os principais temas apreciados pela Assembleia, destacam-se a Reforma da OMS; Doenças Não Transmissíveis; a saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015; Determinantes Sociais da Saúde; Falsificação de Medicamentos; o relatório do Grupo Consultivo de Especialistas em Pesquisa e Desenvolvimento – CEWG, Cobertura Universal em Saúde, entre outros.

Em 2023, ocorreu a 76ª Assembleia Mundial da Saúde (AMS), tendo como tema: “OMS aos 75 [anos]: salvando vidas, levando saúde para todos”. Os debates versaram sobre “o fortalecimento da preparação e resposta a emergências de saúde, bem como na saúde de mulheres, crianças e adolescentes; cobertura universal de saúde e atenção primária à saúde; medicina tradicional; prevenção e controle de infecções; saúde dos migrantes; doenças não-transmissíveis; e saúde mental¹³”.

Diante disso, em se tratando de saúde global e política internacional de saúde, Kickbusch & Berger (2010, p.20), cunharam a expressão Diplomacia da Saúde Global que “une as disciplinas de saúde pública, relações internacionais, gestão, legislação e economia e se firma em negociações que modelam e administram o ambiente da política global para a saúde”, indicando a necessidade de “administrar as interfaces entre esses novos protagonistas e as dinâmicas entre campos sobrepostos”.

Portanto, a saúde desde o pós-guerra, foi reconhecida como um direito humano universal e inalienável, e sua proteção tem sido objeto de diversas convenções internacionais. Através de inúmeros acordos, os países se comprometem a promover o direito à saúde, garantindo que todas as pessoas tenham acesso aos cuidados de saúde de qualidade, independentemente da sua condição social ou econômica.

¹³ Para maiores informações acessar: [76ª Assembleia Mundial da Saúde inicia em Genebra - OPAS/OMS](#). Acesso em 12/06/2023.

1.3 Direito à Saúde na Constituição brasileira

A Constituição brasileira de 1988 é comumente chamada de “Constituição Cidadã” devido às suas disposições que visam garantir os direitos fundamentais e a cidadania dos brasileiros. Essa designação foi cunhada pelo então presidente da Assembleia Nacional Constituinte - ANC, Ulysses Guimarães¹⁴, que se tornou um dos principais defensores da nova Constituição.

A Constituição Cidadã foi fruto de um longo processo de redemocratização do país, após o fim da ditadura militar em 1985. Ela trouxe avanços em diversas áreas, como a saúde, a educação, o meio ambiente, os direitos trabalhistas, além de garantir a proteção dos direitos humanos e das liberdades individuais.

1.3.1 A República Federativa e o Estado Democrático de Direito

A Constituição Federal de 1988 diz em seu primeiro artigo que “a República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito”. Inicialmente conceitualizamos o que é uma “ República Federativa” e “Estado Democrático de Direito”.

Conforme nos lembra Cury:

A definição por República Federativa consta já do Preâmbulo da Constituição, do art. 3º, do art. 4º, do art. 12, do art. 13, do art. 18 e do art. 95. Tal definição se repete por treze vezes no texto constitucional. O art. 60, em seu parágrafo 4º, inciso I, proíbe terminantemente qualquer proposta de emenda constitucional tendente a abolir a forma federativa do Estado. (Cury, 2010, p.149).

Ao mesmo tempo, o constituinte brasileiro de 1988, ao se definir pelo, Estado Democrático de Direito, propôs um “modelo de organização política na qual se deve levar em conta a liberdade, a igualdade, o pluralismo político e a justiça social”. (Araújo, 1997, p. 42).

Para Silva (2002), trata-se, portanto, de um conceito histórico que a Constituição Federal adotou como propositura chave, destacando o princípio da igualdade e da justiça.

¹⁴ Ulysses Silveira Guimarães nasceu em 6 de outubro de 1916, em Rio Claro, São Paulo. Foi Professor e advogado e Deputado Federal em inúmeras legislaturas. Fundador e primeiro Presidente do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Foi Presidente da Assembléia Nacional Constituinte (1987-1988), condição na qual promulgou a nova Constituição Federal. Morreu em 12 de outubro de 1992, vítima de acidente aéreo: o helicóptero em que viajava de Angra dos Reis (RJ) para São Paulo caiu em alto-mar e seu corpo nunca foi encontrado. Disponível em [Biografia Ulysses Guimarães — Portal da Câmara dos Deputados](#). Acesso em 10/04/2023.

Como bem nos assegura Ximenes (2007), o Estado Democrático de Direito define-se como a busca pela legitimidade do poder a partir de sua vinculação jurídica .

O Estado Democrático de Direito permite compreender os valores basilares (democracia, liberdade, paz) inerentes ao Estado de Direito :

O Estado Democrático de Direito é o conceito nuclear do regime político jurídico adotado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Nele, o “democrático” é a espinha dorsal que lhe dá sentido, direção e conteúdo normativo. Não que o Estado de Direito seja de menor importância, dando-se o inverso; mas é o democrático que o qualifica, o que enseja importantes consequências políticas e jurídicas(...) (Ranieri, 2009, p. 185).

Como se pode verificar nessa citação, o Estado Democrático de Direito se aplica em países que adotam esse modelo de Estado, em que as leis são criadas pela vontade popular e há respeito aos direitos fundamentais do indivíduo. Evidentemente, a aplicação pode ser utilizada para sustentar a justiça social, com a garantia de direitos sociais que visem à redução das desigualdades.

Cita-se, como exemplo, a garantia da liberdade de expressão do indivíduo. Ainda para Ranieri (2009, p. 259):

O Estado Constitucional de Direito tem como objetivo promover e assegurar a mais ampla proteção dos direitos fundamentais, tem na dignidade humana o seu elemento nuclear na soberania popular, na democracia e na justiça social os seus fundamentos. Nesse sentido, o Estado Democrático de Direito permite a participação e a legitimidade plena da cidadania.

Infere-se, portanto, que a separação dos poderes estatais em três (Legislativo, Executivo e Judiciário) serve para garantir o Estado Democrático de Direito. Diante disso, a Carta Magna de 1988 representa um marco importante para a saúde pública no país, ao reconhecer a saúde como direito fundamental e garantir a sua universalidade e integralidade.

Sobre a importância desse marco legal para a consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS¹⁵, e para a promoção da saúde da população brasileira, Santos reforça que:

¹⁵ Conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos ou instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta das fundações mantidas pelo poder público, incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. (Lei 8080 de 19/set/1990 - Lei Orgânica da Saúde). Fonte: DeCS/MeSH. Disponível em [DeCS/MeSH – Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings](#). Acesso em 10/04/2023.

A Constituição de 1988 foi um marco fundamental na história da saúde pública brasileira, pois ela estabeleceu a saúde como um direito fundamental de todos os cidadãos e dever do Estado, e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) como a forma de organização e gestão desse direito” (Santos, 2009, p. 145).

Sobre esse aspecto, Fleury (2006, p.71) afirma que “a saúde foi incluída como um direito social na Constituição Federal de 1988, o que representou uma mudança radical na concepção de saúde e nas políticas públicas para o setor”. Após a promulgação da Carta Magna, um marco se estabeleceu, uma vez que “a saúde passou a ser vista como um direito de cidadania e um dever do Estado, estabelecendo-se um novo paradigma na gestão pública da saúde no país” (Brasil, 2006, p. 25).

Sobre o direito humano e social inserido na Constituição Federal, Campos (2013, p. 24) nos lembra que esta “representou um avanço na consolidação dos direitos sociais e, em especial, do direito à saúde. A partir de então, a saúde deixou de ser vista como uma questão exclusivamente médica e passou a ser compreendida como um direito humano e social”.

Além disso, a Constituição de 1988 também estabeleceu princípios importantes para a organização do sistema de saúde, como a descentralização, a participação popular e a integralidade, que foram fundamentais para a construção do SUS como um sistema de saúde universal e integrado.

Por todas essas características, a nossa Carta Magna (1988) é considerada como um marco importante na história da saúde pública no país, representando um avanço significativo na promoção do direito à saúde e na construção de um sistema de saúde mais justo e igualitário.

Contudo, a Constituição Federal não se preocupou em trazer explicitamente o conceito de saúde, mas tão somente o direito a seu acesso, in verbis:

Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Porém, ao constituir o Sistema Único de Saúde, a Carta Magna criou um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, universalizando o acesso que até então atendia a quem

contribuía para a Previdência Social. O restante da população que não faziam esta contribuição não podiam acessar estes serviços e tinham de apelar ao setor privado ou entidades filantrópicas. Sobre tão relevante assunto, destinamos um item denominado “Antecedentes do SUS”.

1.3.2 A Saúde como Direito de Segunda Dimensão

No decorrer das primeiras aulas no curso de Direito, nas disciplinas introdutórias, assimilamos noções teóricas sobre a natureza e a finalidade do Estado, principais teorias do ordenamento jurídico, as espécies de normas jurídicas, os princípios fundamentais da sociedade política, como também a classificação de “gerações de direitos”, através da teoria geracional do jurista tcheco-francês Karel Vasak – para poder minimamente compreender o Estado como fenômeno jurídico e fato social.

Vasak desenvolveu a teoria que divide os direitos humanos em três gerações: os direitos de primeira geração, que incluem os direitos civis e políticos; os direitos de segunda geração, que incluem os direitos econômicos, sociais e culturais; e os direitos de terceira geração, que incluem os direitos difusos e coletivos. Segundo o autor:

“Os direitos de primeira geração correspondem à liberdade e à igualdade formal; os direitos de segunda geração têm por objeto a igualdade material e o bem-estar social; e os direitos de terceira geração correspondem ao direito ao desenvolvimento, ao meio ambiente e à paz. ” (Vasak, 1989).

Nesse sentido, de acordo com o renomado jurista, os direitos humanos evoluem em três gerações distintas, cada uma delas com um objeto e uma finalidade específica. Isso indica que os direitos humanos não são estáticos, mas evoluem ao longo do tempo, de acordo com as mudanças sociais e políticas .

A teoria das “gerações de direitos” busca categorizar os diferentes direitos reconhecidos e protegidos pela sociedade ao longo do tempo em três gerações distintas. Cada geração de direitos está associada a um conjunto particular de valores e preocupações que refletem as demandas sociais e políticas da época em que foram consolidadas.

Sobre a ampliação das dimensões dos direitos, Diógenes Jr (2012, p.5), reforça que:

Na atualidade existem doutrinadores que defendem a existência dos direitos de quarta geração ou dimensão, apesar de ainda não haver consenso na doutrina sobre qual o conteúdo dessa espécie de direito. Para Norberto Bobbio, “tratam-se dos direitos relacionados à engenharia genética.” Apesar de ser por uma visão um pouco diferente de Norberto Bobbio, Paulo Bonavides, também, defende a existência dos direitos de quarta geração, com aspecto introduzido pela globalização política, relacionados à democracia, à informação e ao pluralismo.

Além disso, o professor e jurista Paulo Bonavides (2008, p.82) sustenta a relevância do “reconhecimento jurídico do direito à paz e sua íntima integração à concepção de democracia”, destacando-o como um direito pertencente à quinta geração.

Por conseguinte, a saúde – considerada como direito de segunda geração – exige do Estado uma atuação mais ampla e positiva, que vá além da mera abstenção de interferência na vida dos cidadãos. Isso implica em políticas públicas que garantam o acesso universal e integral aos serviços de saúde, bem como a promoção de medidas de prevenção e promoção da saúde da população. Além disso, a saúde tem como orientação a promoção do bem-estar social e da qualidade de vida da população, garantida para a redução das desigualdades sociais e regionais e para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Em conclusão, o direito humano à saúde é um tema fundamental na atualidade, que tem como base a garantia de acesso à saúde de qualidade para todas as pessoas, independentemente de sua condição social, econômica ou cultural. A inclusão desse direito na Constituição Brasileira de 1988 é um marco significativo na história da saúde pública nacional, estabelecendo princípios fundamentais para a estruturação do sistema de saúde. Embora ainda haja desafios a serem enfrentados, a Constituição Cidadã continua sendo um símbolo de esperança e de luta por um país mais justo e democrático.

Para garantir o efetivo exercício do direito humano à saúde, é necessário que haja uma política de saúde pública comprometida com a promoção da equidade, da integralidade e da participação social, que seja capaz de enfrentar os desafios impostos pelas condições econômicas e sociais.

Assim, o direito humano à saúde é um tema que deve estar presente nas práticas e nas políticas sociais, para que seja possível construir um sistema de saúde justo e igualitário, que garanta a todos o acesso à saúde de qualidade e contribua para a melhoria da vida da população.

1.4 O papel do SUS na reafirmação da Saúde como Direito Social

O Brasil é um país de dimensões continentais, com uma população bastante expressiva, marcado por desigualdades e disparidades regionais que impactam diretamente o desenvolvimento social e econômico do país. Com mais de 5.500 municípios, a implementação de políticas públicas eficazes e que atendam às demandas regionais é um desafio constante para o Estado brasileiro.

Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde tem um papel fundamental no enfrentamento das desigualdades e na promoção da saúde da população brasileira. Entretanto, nos últimos anos, o SUS tem enfrentado desafios decorrentes da expansão da demanda por serviços de saúde e da necessidade de garantir acesso universal, integral e equânime aos serviços de saúde em todo o país.

1.4.1 Antecedentes do SUS

Propomos apresentar de forma sucinta os antecedentes da construção do SUS sob uma perspectiva institucional, ou seja, a singular organização do Estado brasileiro em relação à saúde.

A Lei Eloy Chaves, promulgada em 1923, instituiu a criação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) no Brasil. A norma é considerada a origem da Previdência Social no país, uma vez que, até então, a proteção social dos trabalhadores era quase inexistente. A lei estabeleceu que as empresas deveriam criar CAPs para os seus empregados, com o objetivo de garantir uma renda de aposentadoria no futuro e proteção em casos de invalidez ou morte, além de que essas Caixas deveriam ser financiadas por uma parcela mensal dos empregados e pela contribuição anual das empresas.

No caso dos empregados ferroviários, que haviam contribuído para os fundos da caixa, também tinham direito: “a socorros medicos em casos de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo tecto e sob a mesma economia; e a medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração; (Brasil, 1923, Art.9º, §1º e §2º).

Com a chegada de Getúlio Vargas ao poder, a partir da Revolução de 1930¹⁶, a trajetória da política de saúde foi marcada por mudanças institucionais. Chefe do Governo Provisório da República, criou através do Decreto nº 19.402, de 14 de Novembro de 1930 - uma Secretária de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, que “terá a seu cargo o estudo e despacho de todos os assuntos relativos ao ensino, saúde pública e assistência hospitalar”, tendo como “repartições públicas que se proponham à realização de estudos, serviços ou trabalhos, o Departamento de Saúde Pública, o Instituto Oswaldo Cruz, a Assistência Hospitalar, entre outras” (Brasil, 1930, Art. 2º e 5º).

Nesse período, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), entidades de grande porte abrangendo os trabalhadores agrupados por ramos de atividades, estendendo a proteção social para diversas categorias de trabalhadores. Tais institutos foram IAPTEC (para trabalhadores em transporte e cargas), IAPC (para os comerciários), IAPI (industriários), IAPB (bancários), IAPM (marítimos e portuários) e IPASE (servidores públicos).

Sobre tão importante assunto, Baptista (2007, p.37 e 38) descreve:

Com os Iaps, inicia-se a montagem de um sistema público de previdência social mantendo ainda o formato do vínculo contributivo formal do trabalhador para a garantia do benefício. O trabalhador que não contribuiu com os institutos estava excluído do sistema de proteção.
(...) No que diz respeito à saúde, tal fato significava um padrão melhor de assistência médica e hospitalar, diferenciado por categoria e mantenedor da desigualdade social mesmo entre os trabalhadores.

Com a sanção da Lei nº 378, de 13 de Janeiro de 1937, o Ministério da Educação e Saúde Pública passou a denominar-se Ministério da Educação e Saúde, e sobre os serviços relativos à saúde, o Art. 52, orienta: “Fica creado o Instituto Nacional de Saude Publica, destinado a realizar, de modo systematico e permanente, estudos, inqueritos e pesquisas sobre os assumptos de saude publica de interesse para o Paiz”.

Nessa conjuntura, a efervescência política se refletia nos debates sobre a saúde. A 1ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1941, antes mesmo da criação do Ministério da Saúde, teve como tema central “Situação Sanitária e Assistencial dos Estados”. Entre os temas abordados estão: 1. Organização sanitária estadual e municipal; 2. Ampliação

¹⁶ A Revolução de 1930 foi um movimento político e social que ocorreu no Brasil em 3 de outubro de 1930 e resultou na deposição do então presidente da República Washington Luís. O movimento foi conquistado por Getúlio Vargas, que assumiu o poder e governou o país de 1930 a 1945. Para maiores informações, sugerimos a leitura do artigo: "O que foi a Revolução de 1930?" de Thiago Mourelle, Doutor em História e pesquisador do Arquivo Nacional. Disponível em [O que foi a Revolução de 1930?](#)

e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; 3. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; 4. Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (Brasil, 1941, Art. 1º, §2º).

Em 1949, é criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), pelo Decreto número 27.664, de 30 de dezembro. Infere-se que essa foi a primeira atividade planejada de assistência domiciliar e saúde no País. Sobre o custeio, fiscalização e orçamento do serviço:

O custeio do serviço era feito mediante a cotização dos Institutos e Caixas de cada localidade, proporcionalmente ao número de seus segurados. A fiscalização e o orçamento de cada SAMDU eram fixados anualmente pelo Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio, ouvido o Departamento Nacional da Previdência Social (Brasil, 2022, p.28).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi realizada em 1950, com o tema “Legislação referente à Higiene e à Segurança do Trabalho”. Não há relatório conhecido desta Conferência.

O segundo governo de Getúlio Vargas ocorreu de 1951 a 1954 e foi marcado por diversas mudanças políticas e econômicas no país. O nacional desenvolvimentismo de Vargas, definido por (Bastos, 2006 p.241) como sendo a “vinculação do interesse nacional com o desenvolvimento, ativado pela vontade política concentrada no Estado, de novas atividades econômicas, particularmente industriais, associadas à diversificação do mercado interno” - foi a principal característica dessa época.

O Ministério da Saúde - “ao qual ficarão afetos os problemas atinentes à saúde humana” - foi criado a partir da sanção da Lei Nº 1.920 de 25 de julho de 1953, que separou os dois setores (saúde e educação), sendo que o Ministério da Educação e Saúde passou a denominar-se “Ministério da Educação e Cultura”.

No decorrer da década de 1950, mudanças significativas ocorreram no campo da saúde. Com o advento da industrialização, as grandes cidades se tornaram o centro dinâmico da economia, o que levou à formação de uma massa trabalhadora que necessitava ser assistida pelo sistema de saúde (Mendes, 1993).

A Lei nº 2.312, de 3 de Setembro de 1954, estabeleceu as “Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde”, fixando como obrigatória, por exemplo, “a ligação de toda construção considerada habitável à rede de canalização de esgoto, cujo efluente terá destino fixado pela autoridade sanitária competente”. (Brasil, 1954, Art.11). A norma jurídica

também preconizava que o “órgão federal de saúde traçará as normas gerais para educação sanitária do povo, orientando o indivíduo na defesa de sua saúde”; Além do mais, “no currículo das escolas primárias do país serão incluídas noções de higiene e de saúde, orientadas, sob o ponto de vista sanitário, pela autoridade sanitária competente”. (Art. 24, § único).

No início da década de 1960, a Lei nº 4.214, de 2 de março de 1963, que dispõe sobre o “Estatuto do Trabalhador Rural” - ETR, estendeu para os assalariados do campo os direitos dos trabalhadores urbanos: sindicalização, salário mínimo, férias, repouso semanal remunerado, aviso prévio e indenização. A norma criou o Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), destinado ao custeio da prestação de assistência médico-social ao trabalhador rural e seus dependentes.

Nesse mesmo ano ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) com os seguintes temas: 1. Situação sanitária da população brasileira; 2. Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; 3. Municipalização dos serviços de saúde. 4. Fixação de um plano nacional de saúde.

Contudo, a tomada de poder pelo Golpe Civil-Militar de 1964 acarretou em consequências significativas para a seguridade social e a saúde brasileira. Importa asseverar que o Estatuto do Trabalhador Rural - ETR foi revogado - no período mais violento dos anos de chumbo - pela Lei Nº 5.889, de 8 de junho de 1973, que estabeleceu normas reguladoras do trabalho rural. Ainda sobre essa página infeliz da nossa história, a implementação das medidas propostas pela 3ª Conferência foi inviabilizada pelo governo autoritário de 1964, no entanto, as discussões realizadas na conferência forneceram subsídios para os debates realizados pelos movimentos sociais a partir dos anos setenta. (CONASS, 2009).

Uma das primeira medidas do novo regime é a unificação de todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) em uma nova entidade pública o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que foi criado em 1966 pelo Decreto-Lei nº 72, com o objetivo de racionalizar a administração da seguridade social no Brasil. A criação do INPS visava modernizar e aperfeiçoar o sistema previdenciário brasileiro.

A 4ª Conferência Nacional de Saúde foi convocada por meio do Decreto n. 58.266, de 27/04/66, sendo realizada no período de 30 de agosto a 04 de setembro de 1967 e debateu o tema “Recursos Humanos para as atividades de Saúde”, subdividido em 4 tópicos: 1. O profissional de saúde de que o país necessita; 2. Pessoal de nível médio e auxiliar. 3.

Responsabilidade do Ministério da Saúde na formação e aperfeiçoamento de pessoal e 4. Responsabilidade das Universidades em uma Política Nacional de Saúde.

A 5ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi realizada em 1975, com os seguintes temas: 1. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; 2. Programa de Saúde Materno-Infantil; 3. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; 4. Programa de Controle das Grandes Endemias; 5. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.

A principal contribuição desta Conferência foram as propostas de organização do Sistema Nacional de Saúde, implementado a partir da aprovação da Lei nº. 6.229/75, de 17 de julho de 1975, que criou o referido Sistema. A norma estabeleceu as divisões das atribuições entre os diversos Ministérios (Brasil, 1975):

- Ministério da Saúde: responsável por formular a política nacional de saúde;
- Ministério da Educação e Cultura: encarregado pela formação e da habilitação dos profissionais de nível universitário, assim como do pessoal técnico e auxiliar necessário ao setor saúde;
- Ministério do Interior: atuando nas áreas de saneamento, radicação de populações, desenvolvimento regional integrado e assistência em casos de calamidade pública;
- Ministério do Trabalho: que tinha a responsabilidade quanto à higiene e segurança do trabalho, à prevenção de acidentes, de doenças profissionais e do trabalho, à proteção, disciplina corporativa e política salarial das profissões de saúde.

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), foi criado em 1977, pela Lei nº 6.439, que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), definindo um novo desenho institucional para o sistema previdenciário, voltado para a especialização e integração de suas diferentes atividades e instituições. O INAMPS se constituía como a política pública de saúde que vigorava antes da criação do SUS e foi extinto pela lei federal 8.689, em 1993. O Instituto era responsável pela assistência médica aos trabalhadores que contribuíam com a previdência social, (cerca de 30 milhões de pessoas com acesso a serviços hospitalares).

Em 1977 é criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que tem como objetivo organizar e fomentar debates, estudos, pesquisas na área da saúde e lutar pela melhoria das condições de vida e de saúde do povo brasileiro. O CEBES é responsável por diversos estudos e pesquisas sobre a saúde pública no país, além de ter participado ativamente na elaboração de políticas públicas para o setor.

A 6ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), convocada pelo Decreto n. 79.318 de 01/03/1977, contou com os seguintes temas: 1. Situação atual do controle das grandes endemias; 2. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; 3. Interiorização dos serviços de saúde; 4. Política Nacional de Saúde.

Uma das principais contribuições da 6ª CNS foram os debates sobre o Programa Interiorização das Ações e dos Serviços de Saúde (Piass), no qual foi sugerido o “estabelecimento de estratégias e opções táticas que assegurem a participação efetiva da comunidade no programa, em caráter permanente” (Brasil, 1977). A sugestão de estabelecer estratégias e opções táticas para garantir a participação efetiva da comunidade em um programa é extremamente importante para a sua sustentabilidade a longo prazo.

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva – a Abrasco – foi fundada em 27 de setembro de 1979, “por homens e mulheres que buscavam estruturar, na academia, a luta pela saúde pública e universal”. De acordo com seu Estatuto:

A associação tem o objetivo de atuar como mecanismo de apoio e articulação entre os centros de treinamento, ensino e pesquisa em Saúde Coletiva para fortalecimento mútuo das entidades associadas e para ampliação do diálogo com a comunidade técnico-científica e desta com os serviços de saúde, as organizações governamentais e não governamentais e a sociedade civil (Abrasco, 2011).

Destaca-se a forte participação da entidade na 8ª Conferência Nacional de Saúde (que trataremos em seguida) estabelecendo sua postura intransigente de defesa da proposta ali consagrada do Sistema Único de Saúde – SUS, aprovada na Constituição de 1988¹⁷.

A 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), convocada pelo Decreto n. 84.106, de 2/09/1979, foi realizada em 1980, teve como finalidade promover o debate de temas relacionados à implantação e ao desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE), para isso estabeleceu-se um tema único e central “Extensão das Ações de Saúde por meio dos Serviços Básicos, especificados nos seguintes subtemas (Brasil, 1980):

¹⁷ Para maiores informações: [Abrasco lança campanha para fortalecer a Saúde Coletiva](#). Acesso em 23/04/2023

1. Regionalização e Organização de Serviços de Saúde nas Unidades Federadas.
2. Saneamento e Habitação nos Serviços Básicos de Saúde o PLANASA e o Saneamento Simplificado.
3. Desenvolvimento de Recursos Humanos para os Serviços Básicos de Saúde.
4. Supervisão e Educação Continuada para os Serviços Básicos de Saúde.
5. Responsabilidade e Articulação Interinstitucional (Níveis Federal, Estadual e Municipal). Desenvolvimento Institucional e da Infra-Estrutura de Apoio nos Estados.
6. Alimentação e Nutrição e os Serviços Básicos de Saúde.
7. Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde.
8. Saúde Mental e Doenças Crônico-Degenerativas e os Serviços Básicos de Saúde.
9. Informação e Vigilância Epidemiológica nos Serviços Básicos de Saúde.
10. Participação Comunitária. Os Serviços Básicos de Saúde e as Comunidades.
11. Articulação dos Serviços Básicos com os Serviços Especializados no Sistema de Saúde.

Nessa efervescência sociopolítica, o crescimento do movimento sanitário, previamente organizado desde os anos 1970, revelou-se crucial para o amplo debate dessas questões (CNS, 2019). Inegavelmente a Reforma Sanitária Brasileira foi um marco importante na história da saúde pública no país, caracterizada por um movimento social e político composto por profissionais da área, militantes políticos e membros da sociedade civil, que buscavam transformar o sistema de saúde brasileiro. O processo de construção dessa reforma teve suas raízes nas décadas de 1970 e 1980, sendo influenciado por diferentes pensadores e teorias que embasaram seus princípios e diretrizes.

Elias (1993), assertivamente, destaca a gênese e a “composição” do Movimento da Reforma Sanitária:

No Brasil, o discurso da Reforma Sanitária é constituído a partir de uma pequena parcela da intelectualidade universitária da área da saúde, ganhando espaço na sociedade principalmente através do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES, atingindo assim parte dos profissionais -, aqueles mais afeitos à temática sanitária - e, posteriormente, representantes das Centrais Sindicais (quase exclusivamente profissionais de saúde) e alguns parlamentares (grande parte deles vinculados profissionalmente à saúde). (...) Associam-se a estes setores, representantes dos Movimentos Populares de Saúde e algumas entidades associativas de profissionais de saúde e tem-se o denominado Movimento da Reforma Sanitária.

Sérgio Arouca, em sua obra “O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva”, publicada em 1975, argumenta sobre a necessidade de uma transformação radical do modelo de atenção à saúde, pautado na integralidade e na equidade. Suas reflexões foram essenciais para a compreensão da importância da atenção primária e da promoção da saúde como estratégias centrais da Reforma Sanitária.

Outro importante autor da Reforma Sanitária é Carlos Gentile de Mello, que propôs uma reflexão sobre os aspectos teóricos e políticos da reforma. Gentile de Mello enfatizava a importância da participação popular na construção do SUS e critica a visão fragmentada e curativista da saúde (Baptista, 2021). Inclusive no entendimento de Menicucci (2014, p.78), “a reforma sanitária que foi feita visando à criação do SUS, gravada na Constituição, foi de fato uma ruptura com todos os princípios que ordenavam a política de saúde até então”.

Para a concretização da Reforma Sanitária, foram realizadas diversas Conferências Nacionais de Saúde, que tinham como objetivo reunir diferentes representantes da sociedade para discutir a saúde pública no Brasil.

1.4.2 A 8ª Conferência Nacional de Saúde

A 8ª Conferência Nacional de Saúde é considerada um marco na história das conferências e para a saúde pública no Brasil (CNS, 2022). Convocada através do Decreto n. 91.466 de 23/07/1985, foi realizada de 17 a 21 de março de 1986 e contou com a participação de mais de 4.000 pessoas, dentre as quais 1.000 delegados¹⁸. A 8ª CNS foi organizada num contexto político de transição democrática como resultado das propostas e das lutas do movimento da Reforma Sanitária (Rosário, 2020).

Foi a primeira Conferência Nacional da Saúde aberta à sociedade e seu relatório final serviu de base para o capítulo sobre Saúde na Constituição Federal de 1988, resultando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Sobre o ineditismo da 8ª CNS, Carvalho (1995, p. 53) nos informa:

¹⁸ Segundo o Conselho Nacional de Saúde: “A 8ª foi a primeira conferência que contou com a participação de usuários. Antes dela, os debates se restringiam à presença de deputados, senadores e autoridades do setor. As conferências eram “intraministério”. As pré-conferências ativaram a mobilização em torno dos temas, que extrapolavam o ambiente técnico. Então, no ginásio Nilson Nelson, em Brasília, onde foi realizada a 8ª Conferência, reuniram-se, além dos delegados da sociedade civil que representavam formalmente seus grupos, vários outros grupos que começaram a fazer passeatas exigindo participar. Houve uma grande assembleia durante a Conferência para discutir a possibilidade de incorporação dessas pessoas, e elas acabaram sendo admitidas, como observadores”. Para maiores informações consultar: [8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma](#). Acesso em 22/01/2024.

A 8ª Conferência foi um evento duplamente inédito. Inédito na história das políticas de saúde porque não se tem notícia de que o poder executivo brasileiro jamais tenha convocado a sociedade civil para o debate de políticas ou programas de governo, menos ainda no estágio ou momento de sua formulação na escala de que o fez naquele momento. Todas as sete conferências de saúde anteriores pautaram-se por um caráter eminentemente técnico e pela baixíssima representatividade social marcada pela participação praticamente restrita a gestores e técnicos governamentais.

Dentre as principais características da 8ª CNS, podemos destacar: a presença de trabalhadores da saúde, dos gestores da saúde, representantes de entidades de usuários e organizações, além de profissionais de diversas áreas do sistema de saúde; a discussão sobre a universalidade, integralidade e equidade do sistema de saúde; e a definição de diretrizes e propostas para a construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) que atendesse às necessidades da população. Os temas da 8ª CNS foram: 1. Saúde como direito; 2. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; 3. Financiamento setorial (Brasil, 1986).

A 8ª CNS teve uma grande relevância na história da saúde pública brasileira, pois representou um momento de intensa mobilização social e participação democrática na formulação de políticas públicas. Uma das influências mais relevantes foi a consolidação do SUS como um sistema público, universal, integral e equitativo. A partir dessa conferência, a saúde foi reconhecida como um direito de cidadania e dever do Estado, alterando profundamente a concepção e a prática da saúde pública no país. Essa mudança de paradigma de atendimento estabeleceu uma visão mais ampla da saúde, que vai além do mero médico, englobando a promoção, a prevenção e atenção integral em todos os níveis de assistência.

Além disso, a 8ª CNS fortaleceu o controle social sobre as políticas de saúde, com a criação dos Conselhos de Saúde em todas as esferas (municipal, estadual e nacional). Esses conselhos são espaços de participação e deliberação coletiva, compostos por representantes da sociedade civil, usuários, trabalhadores e gestores de saúde. Eles desempenham um papel fundamental na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde, garantindo a participação e o envolvimento da comunidade na tomada de decisões.

Em resumo, a 8ª CNS teve influências profundas no sistema de saúde brasileiro. Ela consolidou os princípios e diretrizes do SUS, fortaleceu o controle social, ampliou a visão da saúde como direito universal e promoveu atenção integral à saúde da mulher. Não obstante, teve um papel importante na formulação de políticas de saúde mais integradas e articuladas com outras áreas, como a educação, o meio ambiente e o saneamento básico.

Essas influências foram fundamentais para a construção de um sistema de saúde mais justo, participativo e abrangente, buscando promover a equidade e a qualidade dos serviços de saúde no Brasil.

Desde a sua criação em 1988, o Sistema Único de Saúde - SUS, tem enfrentado diversos desafios relacionados à gestão, financiamento e prestação de serviços. Um dos principais desafios é a falta de recursos adequados para garantir o funcionamento adequado dos serviços de saúde. Embora o SUS tenha sido criado com uma proposta de cobertura universal, os financiamentos são insuficientes para atender a essa demanda e proporcionar atendimentos de qualidade.

O SUS é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, conforme determina a Constituição Federal. Cada ente tem suas co-responsabilidades. Sobre essa estrutura o site do Ministério da Saúde informa:

O Ministério da Saúde (MS) é o Gestor nacional do SUS, tem a responsabilidade de formular, normatizar, fiscalizar, monitorar e avaliar políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Integram sua estrutura: Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais.

As Secretarias Estaduais de Saúde (SES), participam da formulação das políticas e ações de saúde, prestam apoio aos municípios em articulação com o Conselho Estadual e participam da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o plano estadual de saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS), planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde.

Conselhos de Saúde:

O Conselho de Saúde, no âmbito de atuação (Nacional, Estadual ou Municipal), em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Comissão Intergestores Tripartite (CIT): Foro de negociação e pactuação entre gestores federal, estadual e municipal, quanto aos aspectos operacionais do SUS.

Comissão Intergestores Bipartite (CIB): Foro de negociação e pactuação entre gestores estadual e municipais, quanto aos aspectos operacionais do SUS.

Conselho Nacional de Saúde (CNS): instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS. Sua missão é fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde nas suas mais diferentes áreas, levando as demandas da população ao poder público, por isso é chamado de controle social na saúde.

Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conass): Entidade representativa dos entes estaduais e do Distrito Federal na CIT para tratar de matérias referentes à saúde.

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems): Entidade representativa dos entes municipais na CIT para tratar de matérias referentes à saúde.

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems): São reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos.

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil, diversas normas jurídicas foram promulgadas ao longo dos anos para estabelecer diretrizes, regulamentar o sistema de saúde e garantir o acesso universal, integral e equânime aos serviços de saúde. Entre essas normas, destacam-se:

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - Conhecida como Lei Orgânica da Saúde, estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de definir as responsabilidades das esferas de governo na organização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ela estabelece o princípio norteador do SUS, a saber: a Universalidade, que visa garantir que todas as pessoas, independentemente de sua condição socioeconômica, etnia, idade, gênero ou localização geográfica, tenham direito a receber assistência integral em saúde. Isso significa que todas as ações e serviços de saúde, desde a promoção e prevenção até o tratamento e reabilitação, devem ser disponibilizadas de forma equânime e acessíveis a toda a população;

Esse princípio considerou a cobertura universal de todos os níveis de atenção à saúde, desde a atenção básica até a atenção especializada e hospitalar, bem como o acesso a medicamentos e tecnologias necessárias ao cuidado da saúde. A implementação do princípio da universalidade envolve a oferta de serviços de saúde em todas as regiões do país, incluindo áreas rurais e remotas, bem como a extensão do acesso aos serviços por meio de estratégias

como o Programa Saúde da Família, que visa deixar a atenção básica de saúde mais próxima da população.

Além disso, procurou-se promover a Equidade no SUS, que visa superar as desigualdades existentes na sociedade, reconhecendo que diferentes grupos populacionais podem enfrentar barreiras e vulnerabilidades específicas no acesso aos serviços de saúde. Isso significa que o sistema de saúde deve priorizar aqueles que se encontram em situações de maior vulnerabilidade ou risco, buscando reduzir as desigualdades e promover a justiça social.

O princípio da Integralidade no SUS reconhece que a saúde não se resume apenas à ausência de doenças, mas engloba também a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação e atenção paliativa. O objetivo é garantir que os indivíduos sejam assistidos em sua totalidade, considerando tanto os aspectos físicos, quanto os emocionais, sociais e culturais.

Com efeito, a integralidade no SUS busca garantir que os usuários tenham acesso a serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade, que se complementam e se articulam entre si. Isso significa que a atenção primária deve ser fortalecida, de forma a possibilitar o cuidado integral das pessoas, mas também que deve ser oferecido serviços de média e alta complexidade, quando necessário, para garantir o acesso a tratamento e procedimentos especializados. Nesse contexto, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, estabelece as diretrizes para a participação da comunidade na gestão do SUS, bem como as formas de financiamento e transferência de recursos para as ações de saúde. Em seu texto, a lei estabelece a obrigatoriedade da criação e funcionamento dos Conselhos de Saúde em todas as esferas de governo (federal, estadual e municipal), com a finalidade de promover a participação social na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde. Sobre a participação social, (Souza, 2010), nos indica:

Essa participação da comunidade na gestão do SUS, por meio do controle social, amparada pela Lei 8.142 de 1990, diz respeito à representação dos usuários no processo de participação do fazer e pensar saúde, seja nas Unidades de Saúde, nos Conselhos ou nas Conferências de Saúde que ocorrem oportunamente nas três esferas de governo.

A Lei Complementar nº 141/2012, tem como objetivo garantir o financiamento adequado e suficiente para o SUS, contribuindo para a efetivação do direito à saúde da população. De acordo com a referida Lei Complementar, a União “aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual”. Já os Estados e o Distrito Federal devem destinar no mínimo 12% de suas receitas próprias, e os municípios devem aplicar no mínimo 15%. Nessa circunstância, a Lei Complementar representa um importante avanço na regulamentação da aplicação dos recursos em saúde no Brasil, garantindo maior transparência e controle social sobre tais gastos.

1.4.3 Participação da sociedade civil e dos usuários de saúde mental

A participação da sociedade civil e dos usuários de saúde mental tem se tornado cada vez mais essencial no processo de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas voltadas para a saúde mental. Essa participação ativa é uma manifestação do princípio da democracia participativa, que reconhece o direito das pessoas afetadas por determinadas políticas e programas a terem voz e influência nas decisões que as impactam diretamente.

No contexto da saúde mental, a participação da sociedade civil e dos usuários é particularmente relevante devido à complexidade e às dimensões sociais envolvidas. Essa participação proporciona uma visão mais ampla e pluralista das necessidades e expectativas dos usuários destes serviços, assim como das demandas e desafios enfrentados pela sociedade como um todo.

Os Movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica defendiam a ampliação do paradigma de saúde, a reformulação dos modelos de assistência e dos serviços de saúde, a promoção da saúde coletiva, a garantia da igualdade de direitos para todos os indivíduos e o engajamento ativo dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços no desenvolvimento e gerenciamento das abordagens terapêuticas (Reboli e Krüger, 2013). Enfatizando a diretriz de participação comunitária, os representantes da área da saúde mental exigiram uma esfera específica para avaliação e apresentação de propostas, resultando na emergência das Conferências de Saúde Mental.

As Conferências de Saúde Mental no Brasil representam um espaço importante de participação da sociedade na formulação de políticas públicas de saúde mental. Tais conferências reúnem usuários, familiares, profissionais de saúde e representantes de organizações da sociedade civil para discutir as diretrizes e prioridades do setor.

A participação da sociedade civil nessas conferências permite que as vozes dos usuários de saúde mental sejam ouvidas, contribuindo para a construção de políticas mais inclusivas e respeitadas. No entanto, a participação dos coletivos enfrenta desafios significativos. A falta de recursos, o estigma associado aos transtornos mentais e a desigualdade de acesso à informação e oportunidades de participação são obstáculos a serem superados.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada no período de 25 a 28 de junho de 1987, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, e contou com a participação de 176 delegados eleitos nas pré-conferências estaduais e demais segmentos representativos da sociedade. Sua estruturação constou de três temas básicos, a saber: I – Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; II – Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; III – Cidadania e doença mental: direitos, deveres e Legislação do doente mental (MS, CNSM, 1988).

No Relatório Final da Conferência, foi apresentada a Proposta de Política de Saúde Mental da Nova República (Julho/1985)¹⁹, estabelecendo a saúde mental como questão de saúde pública no Brasil a partir dos seguintes objetivos: 1 – Universalização e Equidade; 2 – Articulação Interinstitucional; 3 – Ações Integradas de Saúde; 4 – Regionalização e Hierarquização; 5 – Descentralização; 6 – Prioridade do Setor Público; 7 – Modificação do Modelo Assistencial; 8 – Desenvolvimento de Recursos Humanos; 9 – Supervisão e Avaliação; 10 – Epidemiologia e 11 – Política Terapêutica.

A 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, no período de 1 a 4 de dezembro de 1992, foi precedida por 24 conferências estaduais, realizadas entre os meses de abril e novembro de 1992. As etapas estaduais, por sua vez, foram precedidas por aproximadamente 150 conferências municipais ou de âmbito regional, em todo o país.

¹⁹ No relatório consta essa data, embora a Conferência tenha sido em 1987. Para maiores informações acessar: [1 Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final](#) (p.31)

Ela ocorreu posteriormente à promulgação da Declaração de Caracas (1990)²⁰, à implementação da legislação do Sistema Único de Saúde e à promulgação das primeiras portarias que regulamentaram a política de saúde mental (Heidrich; Berndt; Dias, 2015).

Os temas discutidos foram: rede de atenção em saúde mental; transformação e cumprimento de leis e direito à atenção e direito à cidadania. Importa reforçar que a referida Conferência destaca em seu relatório um capítulo sobre o financiamento em que já propunha:

Criar instrumentos que redirecionem os recursos destinados à rede manicomial hospitalar contratada ou conveniada em benefício da rede extra-hospitalar, entendida como ações programáticas de saúde mental na rede geral de saúde pública, com unidades básicas de saúde/centros de saúde; centros de convivência, oficinas terapêuticas e cooperativas; unidades ambulatoriais de tratamento intensivo (hospitais dia, hospitais-noite, centro de atenção psicossocial; núcleo de atenção psicossocial etc.); lares abrigados e oficinas abrigadas (fora dos manicômios); bem como garantir o atendimento em saúde mental e emergências psiquiátricas em hospital geral (MS, 1992, p.14).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida entre 11 a 15 de dezembro de 2001 - num intervalo inferior a um ano após a aprovação da Lei Federal da Saúde Mental (Lei nº 10.216, de 04/06/2001) - simbolizou um avanço na consolidação do consenso em torno da proposta da Reforma Psiquiátrica, teve como tema: "Cuidar, sim. Excluir, não - Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social", em que o tema principal foi discutido a partir do eixo temático: "Reorientação do modelo assistencial", e teve como subtemas: I. Recursos Humanos II. Financiamento III. Controle Social IV. Direitos, Acessibilidade e Cidadania.

Esta conferência, marcada pela sua rica pluralidade e diversidade interna, foi responsável por elaborar propostas e estratégias destinadas a concretizar e solidificar um modelo de atenção em saúde mental completamente substitutivo ao modelo manicomial vigente (Amarante, 1995).

Nela foram definidos, de acordo com a paridade estabelecida em lei, os percentuais de participação dos delegados nas futuras reuniões, de forma que o segmento de usuários e a Sociedade Civil representariam 50% do total de delegados eleitos, distribuídos do seguinte modo, conforme detalha seu o Relatório Final (Brasil, 2002):

²⁰ A referida norma será abordada na seção: Principais marcos normativos dos direitos das pessoas com transtorno mental.

- a) Movimentos populares, entidades sindicais, exceto aquelas do Setor Saúde, entidades de direitos humanos e associação de usuários de Serviços de Saúde: 20%.
- b) Conselheiros Usuários dos Conselhos Municipais e Estadual: 10%.
- c) Associações, organizações e entidades de usuários de Serviços de Saúde Mental, familiares e usuários do Sistema de Saúde: 20%.

Os participantes da Conferência ainda propuseram:

Apoiar incondicionalmente a efetivação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, voltada para o fim dos manicômios, garantindo o financiamento das três esferas de governo para os diversos serviços de saúde mental que os substituirão e a fiscalização sobre os hospitais psiquiátricos (Brasil, 2002, p.8).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSMI) teve sua etapa nacional realizada em Brasília, entre os dias 27 de junho a 01 de julho de 2010, com o tema oficial: “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. Os eixos de discussão foram os seguintes: 1. Saúde Mental e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais 2. Consolidar a rede de atenção psicossocial e fortalecer os movimentos sociais 3. Direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial (Brasil, CNS/MS, 2010).

De certo que para a consolidação da IV CNSMI, dentro do cenário político e social da época, intensos debates ocorreram com o Conselho Nacional de Saúde, inclusive tendo sido “decisiva a atuação de delegação de usuários, familiares, profissionais e representantes de entidades, realizando a Marcha dos Usuários de Saúde Mental a Brasília, em 30 de outubro de 2009, em defesa da realização da IV CNSMI em 2010” (Brasil, CNS/MS, 2010, p. 8).

A Conferência teve uma participação significativa da sociedade: foram organizadas 359 Conferências Municipais e 205 Regionais, envolvendo aproximadamente 1.200 municípios. Estima-se que ao longo das três etapas (Municipais, Estaduais e a Nacional), cerca de 46.000 pessoas tenham participado ativamente (Brasil, CNS/MS, 2010).

Destaca-se, no entanto, que em seu Eixo I: Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais, no item 1.1: Organização e consolidação da rede e em conformidade com os Princípios e Diretrizes Gerais, a IV CNSMI propõe:

Implantar, implementar, ampliar, consolidar e fortalecer a rede de serviços substitutivos em Saúde Mental, em todo o país garantindo acesso, acolhimento e tratamento de toda a população, em todos os níveis de assistência: equipe de saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad (álcool e drogas) e CAPSi (infantil); Centros de convivência; Residências Terapêuticas; emergências psiquiátricas e leitos para saúde mental em Hospitais Gerais, leitos clínicos para desintoxicação em Hospitais Gerais, atendimento móvel de urgência e demais serviços substitutivos necessários aos cuidados contínuos em Saúde Mental (Brasil, CNS/MS, 2010, p. 21).

Em síntese, foram realizadas 5 (cinco) Conferências Nacionais de Saúde Mental, sendo: a primeira em 1987; a segunda em 1992; a terceira em 2001; a quarta em 2010; e a quinta em 2023, em intervalos que variam de 5 anos (entre a 1ª e a 2ª), 9 anos (entre a 3ª e a 4ª) e 13 anos (entre a 4ª e a 5ª).

A significativa lacuna temporal entre as Conferências Nacionais de Saúde Mental, pode ser compreendida por uma conjunção de fatores políticos, sociais, econômicos e históricos que influenciaram o contexto da saúde mental no Brasil. As mudanças de governos, as transformações nas prioridades políticas e sociais ao longo desse período, além da dinâmica intrínseca ao campo da saúde mental no Brasil, explicam o intervalo prolongado entre as conferências.

Durante o período de 2010 a 2023 — especificamente entre a 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental e a subsequente 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental — o Brasil testemunhou uma série de mudanças de lideranças políticas, cada um com suas abordagens e ênfases específicas em políticas públicas, incluindo aquelas relacionadas à saúde mental.

A gestão da Presidenta Dilma Rousseff (2011-2016) trouxe consigo desafios e mudanças na agenda política, incluindo ajustes nos programas de saúde mental e investimentos em políticas sociais, que anteriormente no governo de Luiz Inácio Lula da Silva foram implementadas e ampliadas, fortalecendo o Sistema Único de Saúde.

No governo de Michel Temer (2016-2019) foi promulgada a Emenda Constitucional 95/2016²¹, cujo impacto negativo recaiu sobre o orçamento destinado à saúde e à educação.

²¹ A Emenda constitucional 95/2016, conhecida também como “Emenda do Teto dos Gastos”, estabeleceu um novo regime fiscal para o Brasil, fixando um limite para o crescimento das despesas públicas pelos próximos 20 anos, incluindo os gastos com saúde. Ela foi considerada pela ONU a medida econômica mais drástica contra direitos sociais do planeta ao acarretar cortes de gastos sociais e ambientais. Segundo informações do relator especial da ONU para extrema pobreza e direitos humanos, A EC nº 95/2016, coloca o Brasil em uma categoria única em matéria de retrocesso social, “uma vez que isso claramente viola as obrigações do Brasil sob o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que foi ratificado em 1992, de não tomar medidas deliberadamente regressivas”. Para maiores informações: ONU. Brasil: teto de 20 anos para o gasto público violará direitos humanos, alerta relator da ONU. Disponível na ONU [BRASIL Notícias \(2016\)](#). Acesso em 07/05/2023.

Nesse período, observou-se um desmonte abrangendo não apenas o Sistema Único de Saúde, conforme mencionado, mas também direcionado à esfera da saúde mental por intermédio da implementação da Nova Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2019). Sobre as características da referida Política, De Valentim et al., nos orienta:

Essa “nova política” se caracteriza pelo incentivo à internação psiquiátrica e por sua separação da política sobre álcool e outras drogas, que passa a ser denominada “política nacional sobre drogas”. Direcionamento que enfatiza a abordagem proibicionista e punitivista e se aproxima definitivamente das orientações morais e religiosas (De Valentim *et al.*, 2022, p.77).

Importa lembrar que durante o Governo Michel Temer, Quirino Cordeiro Júnior, psiquiatra associado à Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), assumiu a Coordenação Nacional de Saúde Mental em 2017. Sob sua gestão, houve um retorno ao modelo hospitalocêntrico, em detrimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Durante o governo Temer, medidas administrativas e legislativas alteraram profundamente as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. Entre os principais retrocessos destacam-se:

- Portaria nº 2.436/2016 : Redefiniu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB);
- Portaria nº 1.482/2016 : inclui as Comunidades Terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo assim, financiadas com verbas destinadas à saúde;
- Emenda Constitucional nº 95/2016 : Estabeleceu o congelamento de investimentos em saúde e educação por 20 anos;
- Portaria nº 3.659/2018: Suspendeu recursos financeiros de diversos serviços da RAPS, comprometendo seu funcionamento.

Posteriormente, a presidência de Jair Bolsonaro (2019-2022) reiterou a continuidade da gestão implementada durante o mandato de Michel Temer realizando críticas em relação à suposta 'ideologia' presente na política de saúde mental, defendendo a necessidade de uma abordagem mais 'científica' sobre a questão (De Valentim *et al.*, 2022), além de aumentar significativamente as verbas federais para comunidades terapêuticas²².

²² Para maiores informações, acessar: [Entidades cristãs receberam quase 70% da verba federal para comunidades terapêuticas no primeiro ano de governo Bolsonaro](#). Acesso em 26/01/2024.

Nesse contexto, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, liderada por Maria Dilma Alves Teodoro (2019-2020) e Rafael Bernardon Ribeiro (2021-2022), manteve a hegemonia do modelo psiquiátrico tradicional, enfraquecendo as estratégias de desinstitucionalização e afastando-se dos princípios da Reforma Psiquiátrica, que priorizam o cuidado comunitário e psicossocial.

No governo de Jair Bolsonaro, o desmonte da política de saúde mental foi aprofundado por meio de medidas como:

- Portaria GM/MS nº 596/2022: Extinguiu o Programa de Desinstitucionalização e os incentivos financeiros de custeio mensal associados, para o Programa de Desinstitucionalização Integrante do Componente
- Decreto nº 11.098/2022: Alterou a estrutura regimental do Ministério da Saúde, transferindo a saúde mental, álcool e outras drogas para a Secretaria de Atenção Primária à Saúde, reduzindo sua centralidade e visibilidade na estrutura ministerial.
- Não habilitação de novos serviços de saúde mental e redução de repasses aos municípios, comprometendo a sustentabilidade da RAPS.

Na gestão de Bolsonaro, verificou-se a falta de compromisso dos gestores do SUS, com a execução da Etapa Nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (5ª CNSM), inicialmente prevista para ocorrer em maio de 2022; foi prorrogada para o período de 08 a 11 de novembro de 2022, contudo adiada novamente para maio de 2023, a ser realizada portanto, no governo de Luis Inácio Lula da Silva. Devido a ausência de rubrica financeira e da necessidade de negociação de suplementação orçamentária, nova data foi divulgada - 24 e 27 de outubro de 2023 - sendo novamente adiada, desta vez para o período de 11 a 14 de dezembro de 2023, quando finalmente foi realizada.

A 5ª CNSM teve como tema “A Política de Saúde Mental como Direito: Pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS”. Seu eixo principal foi “Fortalecer e garantir Políticas Públicas: o SUS, o cuidado de saúde mental em liberdade e o respeito aos Direitos Humanos”, sendo dividido em quatro subeixos: Cuidado em Liberdade como Garantia de Direito à Cidadania; Gestão, financiamento, formação e participação social na garantia de serviços de saúde mental; Política de saúde mental e os princípios do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade; Impactos na saúde mental da população e os desafios para o cuidado psicossocial durante e pós-pandemia.

Nessa presente Conferência, em consonância com a Resolução N° 716, de 20 de julho de 2023, do Conselho Nacional de Saúde, prestou-se homenagem a Domingos Sávio, reconhecido médico, neurologista e sanitarista que desempenhou papel fundamental na Coordenação da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, além de ter se destacado como um dos principais impulsionadores do processo de Reforma Psiquiátrica no país. Como resultado, a referida Conferência passa a ser designada como 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio (5ª CNSM).

Nos trâmites e decisões políticas para retomar os processos da Conferência, importantes documentos foram aprovados no Conselho Nacional de Saúde. As Resoluções n° 715, de 20 de julho de 2023, e n° 719, de 17 de agosto de 2023, respectivamente, trazem relevantes diretrizes e propostas para incorporação das questões de saúde mental no Plano Plurianual e no Plano Nacional de Saúde (PPA e PNS) de 2024 a 2027.

Importa destacar, ainda, que em novembro de 2023 foi apresentada a versão para consulta pública do Relatório Nacional Consolidado, constituído pela sistematização das 657 propostas das Conferências Estaduais, do Distrito Federal e das Conferências Livres Nacionais (CLN) da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental.

Ao compreender o papel fundamental da participação da sociedade civil e dos usuários de serviços de saúde mental, é possível fortalecer a democracia, promover a justiça social e contribuir para a construção de um sistema de saúde mental mais humanizado e responsável. A garantia dos Direitos Humanos, a promoção da equidade e o respeito à diversidade são pilares essenciais para a construção de uma sociedade que valorize e cuide da saúde mental de todos os seus cidadãos.

1.4.4 Principais marcos normativos dos direitos das pessoas com transtorno mental

Os direitos das pessoas com transtorno mental representam uma questão de importância crucial no cenário global dos Direitos Humanos. A discriminação histórica e o estigma associado a essas condições, levaram à necessidade de estabelecer marcos normativos sólidos que garantam a igualdade de oportunidades, a inclusão social e o tratamento digno. Neste contexto, destacamos os principais instrumentos normativos que moldaram esses direitos ao longo do tempo.

Em novembro de 1990, a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, realizada em Caracas, Venezuela, resultou na assinatura da Declaração de Caracas. O documento, que representa um marco na história da saúde mental nas Américas, teve como meta a superação do modelo do hospital psiquiátrico e a luta contra

todos os abusos e a exclusão das pessoas com transtornos mentais além de reestruturar a atenção psiquiátrica com base na atenção primária à saúde, no âmbito dos sistemas locais de saúde.

Entre outras diretrizes, a Declaração “preconiza uma atenção de base comunitária, integral e contínua, integrada à atenção primária em saúde e que prescindida da utilização de hospitais psiquiátricos” (Nascimento; Fagundes; Do Rosário, p.2, 2012).

A Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, adotada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 1984, foi ratificada pelo Estado Brasileiro através do Decreto nº 40, de 15 de fevereiro de 1991, e designa o termo ‘tortura’ como sendo “qualquer ato pelo qual dores ou sofrimentos agudos, físicos ou mentais, são infligidos intencionalmente a uma pessoa a fim de obter, dela ou de uma terceira pessoa, informações ou confissões” (Brasil, 1991, art. 1º). Na Assembléia Geral de 2002, adotou-se o Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradante, foi adotado pela Assembléia Geral em 2002 e ratificado pelo Brasil através do Decreto nº 6.085, de 19 de abril de 2007, visando “prevenir a tortura e outros maus tratos através do estabelecimento de um sistema no qual visitas regulares aos centros de detenção sob a jurisdição e controle dos Estados-Partes são realizadas” (Brasil, 2007, art. 1º).

Tendo em vista a ratificação do Protocolo, o compromisso do Brasil consiste na instituição de um mecanismo de prevenção de alcance nacional, denominado Mecanismo Nacional, em estrita consonância com suas orientações normativas. Paralelamente, o país se empenha na instituição de mecanismos semelhantes no âmbito estadual e do Distrito Federal, a ser designado como Mecanismos Estaduais. É o que preconiza o artigo 29 da referida norma em que “suas disposições deverão abranger todas as partes dos Estados federais sem quaisquer limitações ou exceções”.

Em vista disso, no ano de 2013, o Brasil aprovou a Lei Federal nº 12.847, que institui o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (SNPCT), cria o Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (CNPCT) e o já citado Mecanismo Nacional, a quem compete, dentre outras atribuições, “planejar, realizar e monitorar visitas periódicas e regulares a pessoas privadas de liberdade em todas as unidades da Federação, para verificar as condições de fato e de direito a que se encontram submetidas (Brasil, 2013, art.9º, I).

Em 2005, o governo brasileiro publicou um documento que reconhecia a Reforma Psiquiátrica Brasileira como um processo político e social. Os Princípios Orientadores para o Desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas Américas, conhecido como a “Carta de

Brasília” - elaborada 15 anos após a Declaração de Caracas - indicava que a reforma era resultado do trabalho conjunto de vários segmentos da sociedade, incluindo movimentos sociais, instâncias governamentais, instituições de formação de profissionais e serviços de saúde. O documento reafirma a validade dos princípios orientadores assinalados na Declaração de Caracas, em relação à “participação de usuários e familiares no planejamento e implantação dos programas e serviços de saúde mental, ressaltando-se a importância da mobilização de todos os atores envolvidos” (Moreira, 2015).

A Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001) representa um marco normativo fundamental na história da saúde mental no Brasil. Conhecida também como Lei Paulo Delgado, é o principal instrumento jurídico interno voltado para a proteção e garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

A trajetória legislativa que culminou na promulgação desta Lei remonta à apresentação do Projeto de Lei nº 3.657/1989, o qual propunha a extinção gradual dos manicômios, sua substituição por recursos assistenciais alternativos e a regulamentação da internação psiquiátrica compulsória. Após um período de doze anos de tramitação, a Lei Ordinária nº 10.216/2001 foi aprovada dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ao longo desse intervalo, observou-se não apenas alterações substanciais do Projeto de Lei²³ até a sua transformação em Lei Ordinária, mas também significativas mudanças no panorama sócio-político brasileiro.

Sobre o referido Projeto de Lei, Brito e Amarante (2017), nos orientam:

²³ No contexto da evolução legislativa, os substitutivos ao Projeto de Lei nº 3.657/1989 apresentaram uma série de marcos temporais e procedimentos relevantes. Em 26 de junho de 1990, o substitutivo PL. 3657-A/89 alcançou a fase de prontidão para a ordem do dia, indicando um estágio avançado na tramitação legislativa. Posteriormente, em 14 de dezembro de 1990, foi despachado ao Senado Federal o substitutivo PL. 3657-B/89, demonstrando a continuidade do processo de revisão e análise pela referida casa legislativa.

No ano de 1999, especificamente em 3 de maio, ocorreu a leitura e publicação do substitutivo do Senado PL. 3657-C/89, representando uma etapa importante na revisão do projeto original. A partir desse ponto, o processo legislativo ganhou impulso, culminando em 27 de março de 2001, quando, durante a sessão deliberativa do Plenário, o substitutivo do Senado Federal foi aprovado, ressaltados os destaques.

Finalmente, em 6 de abril de 2001, o projeto foi transformado em Norma Jurídica, resultando na promulgação da Lei 10.216/01. Tal marco legal foi registrado no Diário Oficial da União em 9 de abril de 2001, marcando a consolidação e promulgação dos princípios fundamentais que regem a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais no Brasil. Sobre a tramitação, consultar: [PL 3657/1989](#). Acesso em 30/01/2024.

O projeto de lei tinha apenas cinco artigos baseados na proibição da expansão dos hospitais psiquiátricos, bem como dos leitos contratados; na criação de uma nova rede de serviços e no término das internações anônimas. Assim, o PL colocava em discussão importantes questões relacionadas ao modelo de tratamento psiquiátrico hegemônico, apontando para a necessidade de extinção dos manicômios e para a conseqüente criação de serviços e estratégias ditas substitutivas (Brito e Amarante, 2017, p. 10).

Borges e De Almeida (2021) destacam, portanto, que o Projeto de Lei nº 3.657/1989 apresentava notável diferença em relação à Lei Ordinária nº 10.216/2001:

O texto original [do Projeto de Lei], assumia explicitamente como meta a extinção progressiva dos manicômios, proibindo em seu artigo 1º a construção, a contratação ou o financiamento de hospitais psiquiátricos em todo o território nacional. A Lei nº 10.216/2001, por sua vez, embora tenha se tornado relevante, subsídio normativo para o avançar das práticas desinstitucionalizantes que viriam logo em seguida, reduziu o projeto de lei à mera disposição sobre a proteção e os direitos das pessoas “portadoras de transtornos mentais” (Borges, De Almeida, 2021, p. 27).

Mediante o exposto, destacamos o artigo 6º da Lei da Reforma Psiquiátrica, que estabelece que a internação psiquiátrica só pode ser realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. O referido artigo define três modalidades de internação psiquiátrica (Brasil, 2001, art.6º):

- I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007, foi ratificada pelo Brasil em 2008 com status de Emenda Constitucional e promulgada através do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, define “discriminação por motivo de deficiência” como sendo (Brasil, 2009):

qualquer diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, com o propósito ou efeito de impedir ou impossibilitar o reconhecimento, o desfrute ou o exercício, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais nos âmbitos político, econômico, social, cultural, civil ou qualquer outro.

O Estado brasileiro compromete-se a promover o exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais das pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação, por meio da adoção da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Destacamos ainda que, tanto a Resolução CNJ nº 113/2010, que dispõe sobre os procedimentos relativos à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, bem como a Recomendação CNJ nº 35/2011, foram publicadas com o objetivo de adequar a atuação da justiça penal aos dispositivos da Lei n. 10.216/2001.

Importante norma foi a publicação da Portaria nº 3088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo o art. 3º, os objetivos gerais da RAPS são: (Brasil, 2011):

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

Em 2014, a Portaria n.º 94/2014 instituiu o Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, vinculado à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Lei Brasileira da Inclusão das Pessoas com Deficiência – LBI, Lei nº 13.146, de 2015, também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, em seu art. 2º considera pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

A Resolução nº 8 do Conselho Nacional dos Direitos Humanos – CNDH, publicada no dia 14 de agosto de 2019, dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas.

A referida norma tem foco especial em agentes e instituições estatais e com efeito, destacamos seus princípios (Brasil, 2019, art. 2º, §§ 1, 2 e 3): a garantia de acesso a cuidados sem qualquer forma de violação dos direitos humanos, abolindo tratamentos cruéis e degradantes, maus tratos, contenções físicas e químicas, perda de direitos civis, ou que estimulem a discriminação, o preconceito e o estigma; a substituição gradual de tratamento baseados no isolamento, internações prolongadas e anulação dos direitos civis; a promoção de cuidados em espaços abertos, que estimulem e valorizem a dignidade, a liberdade, a autonomia, a autoestima e o consentimento prévio.

Entretanto, infelizmente, não há apenas marcos normativos favoráveis aos direitos das pessoas com transtorno mental. Ocorrem retrocessos, como por exemplo, em meio à pandemia do COVID 19 — em pleno dia da Luta Antimanicomial (18 de maio) — foi publicada a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.325/2020 que extinguiu o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), do âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Segundo Correia & Magno, (2021; p.220), “esse retrocesso tratou-se de duro golpe contra os direitos humanos das pessoas com deficiência psicossocial, privadas de liberdade em manicômios judiciários”.

Em contraponto à decisão do Ministério da Saúde, o Conselho Nacional dos Direitos Humanos - CNDH, através da Resolução nº 26, de 15 de Junho de 2020, o Conselho Nacional de Saúde, através da Recomendação nº 044, de 15 de Junho de 2020, além do Colégio Nacional de Defensores Públicos Gerais – CONDEGE, subscrito pelas Defensorias e Núcleos Especializados de todo o país, em conjunto com mais de 100 instituições e movimentos sociais da sociedade civil, manifestaram-se contrários à medida, ao mesmo tempo em que solicitaram o seu retorno à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.

Mediante o exposto, a Portaria nº 1754/2020 do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União em 14/07/2020, revogou a inconstitucional e ilegal Portaria nº 1.325/GM/MS, de 18 de maio de 2020. O documento assinado pelo então Ministro Interino da Saúde, Eduardo Pazuello, significou mais uma conquista da Luta Antimanicomial, visto que o Serviço de Avaliação e Acompanhamento assegura o cuidado à saúde mental das pessoas privadas de liberdade no Sistema Prisional, com base no respeito aos Direitos Humanos.

Nesse horizonte de compreensão, é oportuno ressaltar que o Estado brasileiro cumpriu a última pendência do caso Ximenes Lopes versus Brasil²⁴, o que provocou, por parte da Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH), responsável pela condenação do Brasil, a decisão pelo arquivamento da sentença internacional e o seu encerramento.

Segundo o MDHC, o “último ponto da sentença que restava ser cumprido determinava ao país o estabelecimento de programas de capacitação relacionados à saúde mental, assim sendo, em abril de 2023, o Ministério lançou, em parceria com a Escola Nacional de Administração Pública (Enap), o curso "Direitos Humanos e Saúde Mental - Curso Permanente Damião Ximenes Lopes²⁵".

Este caso possui reflexos até os dias atuais, sendo sempre referenciado. Após a audiência pública de Supervisão de Cumprimento da sentença realizada em 2021, o Conselho Nacional de Justiça criou um Grupo de Trabalho “Damião Ximenes Lopes”, que estruturou uma minuta de Resolução para instituir uma Política Judiciária com uma perspectiva antimanicomial. Em 2023, a referida proposta foi aprovada pelo Plenário, dando origem à Resolução CNJ n. 487/2023, que é um marco paradigmático para a incorporação dos parâmetros internacionais na política judiciária sobre saúde mental, na qual trataremos em uma seção própria adiante.

²⁴ Trata-se da primeira sentença internacional ao Estado brasileiro relativa a violações de direitos humanos. Em 4 outubro de 1999, o paciente psiquiátrico Damião Ximenes Lopes foi morto dentro da "Casa de Repouso Guararapes", em Sobral (CE), um centro de atendimento psiquiátrico privado contratado pelo Estado para prestar serviços de saúde mental pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

No corpo de Damião foram encontrados sinais de violência, porém o registro do óbito apontava “morte natural” e depois “causa indeterminada”. Com a falta de investigação e de respostas por parte do Estado brasileiro, a irmã de Damião, Irene Ximenes Lopes Miranda, ingressou, em novembro de 1999, com uma ação na Comissão Interamericana de Direitos Humanos pedindo investigação da morte e punição dos responsáveis.

A comissão acatou o caso em 2001, e encaminhou à Corte em 2004. Em julho de 2006, a Corte condenou o governo brasileiro a cinco reparações por tortura e maus-tratos, entre elas pagamento de indenização à família da vítima, fiscalizar atendimento de saúde mental no país e desenvolver programa de capacitação para profissionais que trabalham com pacientes com transtornos psiquiátricos como garantia de não-repetição de casos e investigar e punir os responsáveis pela morte de Damião. Para maiores informações, consultar: [Corte Interamericana conclui e arquiva caso Damião Ximenes Lopes | Agência Brasil](#). Acesso em 23/11/2023.

²⁵ Para maiores informações acessar: [Brasil conclui cumprimento de sentença da Corte IDH sobre o caso Damião Ximenes Lopes](#). Acesso em 25/11/2023.

2. Louco não se prende

A frase “Saúde não se vende, loucura não se prende” encapsula de forma sucinta e poderosa a essência de uma luta de longa data contra os Manicômios no Brasil e a forma como a sociedade historicamente lida com questões relacionadas à saúde mental. Ela reflete uma importante mensagem de conscientização e de eliminação das práticas desumanas relacionadas aos Manicômios.

O termo “loucura” foi historicamente usado de forma pejorativa e estigmatizante para descrever pessoas com transtornos mentais, perpetuando o isolamento e a segregação. “Não se prende” enfatiza a necessidade de abandonar essa abordagem e, em vez disso, lutar em defesa de um modelo de atenção que esteja orientado pela Reforma Psiquiátrica e que contribua enquanto política pública referenciada, garantindo e protegendo os direitos dessas pessoas

2.1 Manicômios Judiciários: breve histórico e fundamentos

O surgimento dos Manicômios Judiciários no Brasil está relacionado a um contexto histórico específico e à interseção entre questões de criminalidade e saúde mental. No final do século XIX e início do século XX, o Brasil passou por mudanças significativas no campo jurídico e médico-psiquiátrico.

No campo jurídico, o Brasil adotou o Código Penal de 1890 — o primeiro da República — que incluía novos crimes relacionados à saúde mental, como a loucura e a embriaguez e “imprimiu mudanças no estatuto jurídico penal da pessoa com transtorno mental autora de delito e na instituição a ela destinada” (Correia, 2007 p. 53).

A norma jurídica estabeleceu o rol daqueles que não são considerados criminosos: “Os que por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação” e os “que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de intelligencia no acto de commetter o crime” (Brasil, 1890, Art. 27, §§ 3º e 4º). Carrara (2010 p.17) ressalta que o “Código Penal de 1890 apenas dizia que eram penalmente irresponsáveis e deviam ser entregues a suas famílias ou internados nos hospícios públicos se assim “exigisse” a segurança dos cidadãos”.

A formação dos Manicômios Judiciários também refletia a influência do positivismo e do determinismo científico da época, que buscavam explicar o comportamento humano por meio de categorias rígidas, ignorando aspectos sociais e culturais. A institucionalização de

“criminosos e loucos” era vista como uma forma de controlar e disciplinar uma população considerada desviante.

O Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903 — que reorganizava a Assistência a Alienados — obrigava a construção de Manicômios Judiciários em todos os estados do país ou, em sua substituição, de pavilhões especiais para recolhimento dos loucos-criminosos (Carrara,1998). Também estabelecia que “todo hospício, asylo ou casa de saude, destinado a enfermos de molestias mentaes” deveria preencher determinadas condições, entre as quais, “installar-se e funcionar em edificio adequado, situado em logar saudavel, com dependencias que permittam aos enfermos exercicios ao ar livre” (Brasil, 1903, Art.13, §2º). Importa ressaltar que este mesmo decreto estabelecia que a direção das instituições para alienados passava a ser privativa de médico.

O Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro foi criado pelo decreto nº 14.831, de 25 de maio de 1921, sendo inaugurado em 30 de maio de 1921. A instituição, considerada a primeira do gênero no país, representava o nascimento de uma nova forma de intervenção social, “mais flexível, mais globalizante, mais autoritária.” (Carrara, 1998, p. 194).

Com o advento de um sistema judiciário mais estruturado no Brasil, o Estado começou a se deparar com o desafio de como lidar com as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Nesse contexto, o Manicômio Judiciário não foi criado para abrigar qualquer doente mental que cometesse um crime, mas para aqueles que eram “considerados degenerados, natos, de índole, ou anômalos morais.” (Carrara 1998, p. 195).

Ao longo do século XX, diversos Manicômios Judiciários foram estabelecidos com a justificativa de proteger a sociedade desses indivíduos, sendo essas instituições palco de violência, negligência e abusos, tornando-se espaços de exclusão e estigmatização para os pacientes.

Entre eles, o do município de Barbacena (MG), inaugurado em 1929. Inicialmente nomeado como Manicômio Judiciário de Barbacena, passa a se chamar Manicômio Judiciário Jorge Vaz, em homenagem a seu primeiro diretor, o Dr. Jorge de Paula Vaz. Hoje é denominado Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz (Fassheber, 2009, p.41).

Em 31 de dezembro de 1933, é inaugurado o Manicômio Judiciário de São Paulo, que levava o nome de Franco da Rocha, “um dos psiquiatras que fomentou um sistema de Manicômios Judiciários para os loucos criminosos” Correia (2007, p. 43). O Manicômio de Franco da Rocha era destinado a abrigar criminosos considerados inimputáveis, realizar

exames de sanidade mental em réus e dar tratamento aos condenados portadores de doença mental²⁶.

A partir do Decreto nº 28.195, de 27/01/1988, o Manicômio Judiciário de Franco da Rocha foi transformado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (São Paulo, art.1º). Hoje, o órgão está ligado à Secretaria de Administração Penitenciária e seu nome homenageia André Teixeira Lima (1902-1987), que dirigiu o hospital ao longo de três décadas e é tido como um dos pioneiros da psiquiatria forense em São Paulo. (Rodrigues, Miranda & Botelho, 2016, p. 15)

No campo médico-psiquiátrico, o Brasil começou a adotar novas teorias e práticas psiquiátricas no final do século XIX e início do século XX. Essas práticas foram influenciadas por vários fatores, incluindo o desenvolvimento da ciência médica, que levou à definição de novas doenças mentais e de novos tratamentos para essas doenças.

Nesse contexto, surge a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), instituição fundada em 1923, no Rio de Janeiro, e formada, majoritariamente, por médicos, educadores, juristas, literatos, autodenominados higienistas (Borges, 2020; Seixas, Mota, Zilbreman, 2009). Fonte (2013, p.23-24) assevera, nesses termos, que com a fundação da LBHM, “se cristaliza o movimento de higiene mental, como um programa de intervenção no espaço social com características marcadamente eugenistas, xenofóbicas, antiliberais e racistas”.

Em uma sociedade em que o trabalho passou a ser um divisor entre saúde e doença, a restauração da força de trabalho também atingiu o asilo. Nesse sentido, Fonte (2013, p. 4) nos aponta que:

O hospício, considerado na época o principal instrumento terapêutico da psiquiatria, aparece como exigência de uma crítica higiênica e disciplinar às instituições de enclausuramento e ao perigo presente em uma população que começa a ser percebida como desviante, a partir de critérios que a própria medicina social estabelece.

Nessa conjuntura, inúmeros tratamentos em saúde mental no modelo manicomial foram adotados. Essas práticas incluíam a correção psicológica ou reeducação, o isolamento, a medicação, o eletrochoque²⁷, entre outras.

²⁶ Para maiores informações acessar o link: [Manicômio Judiciário de Franco da Rocha](#) - Acesso em 22/07/2023.

²⁷ O eletrochoque (ECT) foi introduzido na psiquiatria em 1938, pelos psiquiatras italianos Ugo Cerletti e Lúcio Bini, caracterizava-se pela passagem de uma corrente alternada, através da caixa craniana durante um breve espaço de tempo, provocando convulsões. Durante a passagem da corrente elétrica, observa-se perda da consciência, bem como espasmo muscular generalizada. (Borenstein, 2007, p.667)

Inegavelmente, a trajetória dos Manicômios Judiciários no Brasil foi resultado de uma conjuntura histórica específica, marcada por ideologias científicas e sociais que moldaram o entendimento da criminalidade e da loucura. Ao compreender essa trajetória, podemos refletir sobre os desafios e as possibilidades de construir uma abordagem mais humanizada e justa para o tratamento das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, estendendo a atenção adequada e os cuidados necessários para além dos limites institucionais.

No entanto, para melhor compreensão do tema apresentado, necessário se faz destacar que a caracterização do que constitui um crime no ordenamento jurídico brasileiro remonta a aspectos fundamentais da legislação penal:

Art. 1º Considera-se crime a infração penal que a lei comina pena de reclusão ou de detenção, quer isoladamente, quer alternativa ou cumulativamente com a pena de multa; contravenção, a infração penal a que a lei comina, isoladamente, pena de prisão simples ou de multa, ou ambas, alternativa ou cumulativamente (Brasil, 1940).

No contexto do Código Penal de 1940, as excludentes da culpabilidade representam um conjunto de circunstâncias que, quando presentes, têm o poder de eximir o agente de responsabilidade penal por determinada conduta tipificada como crime. Essas causas dirimentes, estabelecidas nos dispositivos legais do referido código, abrangem situações específicas, tais como o erro de proibição, contemplado no artigo 21; a coação irresistível e a obediência hierárquica, descritas no artigo 22; e a inimputabilidade, delineada nos artigos 26 a 28 (Brasil, 1940; Magalhães, 2019). A compreensão desses elementos é fundamental para a análise criteriosa das circunstâncias que podem isentar o agente de culpa ou responsabilidade penal, constituindo-se em aspectos indispensáveis na interpretação e aplicação do direito penal no contexto jurídico brasileiro.

No âmbito de nossa pesquisa, foram examinadas as circunstâncias correlatas à Imputabilidade Penal. Nesse contexto, Cunha e Diniz (2020) sustentam que o sujeito classificado como inimputável é aquele que se revela incapaz de compreender a ilicitude de sua conduta ou de pautar suas ações conforme essa compreensão, conforme preceituado no entendimento legal sobre o tema.

Dessa maneira, estabelece-se no artigo 26 do Código Penal:

Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Sob o mesmo ponto de vista, a doutrina considera que a doença mental, bem como o desenvolvimento mental incompleto ou retardado — quando vinculados à incapacidade de compreender o caráter ilícito do ato e de pautar suas ações conforme essa compreensão — desencadeiam a condição jurídica de inimputabilidade, o que implica na impossibilidade de atribuição de culpabilidade ao indivíduo.

A constatação da presença de doença mental ou de desenvolvimento mental incompleto ou retardado está sujeita à realização de uma avaliação pericial, caso em que o juiz, seja por iniciativa própria ou mediante solicitação, determina a abertura de um Incidente de Insanidade Mental, conforme estabelecido nos artigos 149 a 152 do Código de Processo Penal (CPP). Durante esse procedimento processual específico, será conduzida uma perícia psiquiátrica, na qual o perito tem o dever de avaliar se o indivíduo em questão apresenta ou não algum transtorno mental. Importante ressaltar que o laudo de sanidade mental emitido pelo perito não é vinculativo ao magistrado, o qual mantém o poder de decidir conforme seu próprio discernimento, conforme disposto nos artigos 155, caput, e 182 do CPP.

Nesse sentido, uma vez constatada a inimputabilidade, o juiz deve absolver o réu (art. 386, VI, do CPP) e aplicar medida de segurança de internação ou tratamento ambulatorial, dependendo da gravidade da infração penal cometida. Em síntese, o sujeito será absolvido, tratando-se de absolvição imprópria, pois a ele se aplicará a sanção penal denominada Medida de Segurança. O conjunto normativo presente nos artigos 96 a 99 do Código Penal contempla as denominadas Medidas de Segurança, que consistem em formas de tratamento compulsório destinados a indivíduos que tenham cometido atos tipificados como crimes, mas que, devido à existência de transtornos em sua saúde mental, encontram-se impedidos de compreender as sanções penais correspondentes.

Art. 96. As medidas de segurança são: (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

II - sujeição a tratamento ambulatorial. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Seja no caso de indivíduos considerados inimputáveis ou semi-imputáveis, a aplicação da internação ou tratamento ambulatorial ocorrerá por prazo indeterminado, permanecendo enquanto não for constatada, por meio de avaliação médica, a cessação da periculosidade²⁸.

Faria (2017, p.208), nos recorda que:

Definida a modalidade da medida de segurança, o juiz deverá fixar o seu tempo mínimo, entre 1 a 3 anos, conforme determina o artigo 97 do Código Penal. A medida de segurança imposta, seja a de internação ou a de tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado e perdurará enquanto não cessada a periculosidade do indivíduo, atestada por laudo pericial.

Em relação a esse tema²⁹, merece destaque a crítica feita por Salo de Carvalho (2015, p. 503), a qual argumenta:

A previsão legal deste limite para a execução da medida de segurança demonstra, em realidade, a inserção (subliminar) de uma tarifa retributiva de sanção aos inimputáveis pelo cometimento do ilícito, visto que mesmo ocorrendo a cessação de periculosidade antes deste prazo, fato que tornaria sem sentido a manutenção da medida em sua finalidade terapêutica, o paciente deve necessariamente permanecer submetido ao controle penal.

O Professor Salo de Carvalho argumenta que as medidas de segurança muitas vezes são utilizadas de maneira desproporcional e inadequada, resultando em violações dos direitos fundamentais dos indivíduos submetidos a essas medidas. Suas análises contribuem para o

²⁸ O exame de cessação deve ocorrer quando o prazo mínimo fixado terminar e será repetido anualmente enquanto a conclusão pericial for de periculosidade não cessada. Nesse contexto, a periculosidade é um conceito jurídico, e não médico, e implica a capacidade de se prever o comportamento futuro do sujeito submetido à medida de segurança. OLIVEIRA, (2016, p.324).

²⁹ Em qualquer circunstância, o período mínimo de internação será determinado pelo magistrado na sentença, podendo variar de 1 a 3 anos, conforme estipulado nos artigos 97, § 1º, e 98 do Código Penal. Ao fixar o período mínimo, o juiz deverá considerar a gravidade da infração cometida.

debate sobre a reforma psiquiátrica e a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais no contexto penal brasileiro.

Quando se trata da periculosidade do agente, é essencial abordar a complexidade inerente a essa questão. Os laudos médicos fundamentam-se na avaliação do potencial risco que o paciente pode representar para terceiros. No entanto, o embasamento dessa análise em um evento futuro e incerto suscita questionamentos relevantes sobre o tema.

Em consonância com essa reflexão, a complexidade em torno da avaliação da periculosidade de pacientes com transtornos mentais destaca a importância de uma abordagem interdisciplinar e cuidadosa, alinhada aos princípios dos direitos humanos, que leve em consideração não apenas as questões médicas, mas também as dimensões éticas, legais e sociais envolvidas.

Nesse cenário, a sociedade se depara com o desafio marcante da estigmatização, em que há uma tendência generalizada de associar doenças mentais à violência, perigo e insegurança. No entanto, esse senso comum não reflete a realidade, pois a ocorrência de atos violentos por parte das pessoas com transtornos mentais é rara e geralmente está ligada a momentos de descontrole ou surto, que não são eventos frequentes quando esses indivíduos recebem tratamento e acompanhamento profissional adequado.

Em vista disso, a análise sobre a Imputabilidade Penal em casos envolvendo indivíduos com transtornos mentais em conflito com a lei evidencia a necessidade de uma abordagem justa e equitativa no tratamento desses casos.

É imprescindível compreender que a presença de uma condição mental não deve, por si só, gerar estereótipos de periculosidade ou incapacidade. O desafio está em desvincular a associação estigmatizada entre transtorno mental e comportamento violento, fomentando uma compreensão mais ampla dessas questões na sociedade.

2.2 Manicômio Judiciário da Paraíba

Na década de 1940 do século passado, o cenário político e social do país estava imerso em um contexto de transformações e adversidades. De acordo com o recenseamento geral de 1940 — o primeiro do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e quinto do Brasil — a população residente no país era de 41.165.289 habitantes.

O Brasil — em plena Segunda Guerra Mundial — encontrava-se sob o regime do Estado Novo, implantado por Getúlio Vargas em 10 de novembro de 1937, por meio de um

golpe de estado que duraria até 1945, o que influenciou diretamente a política e a administração pública em todas as unidades federativas do país.

Nesse período, a população urbana cresceu 46% e a rural, 17%. Mesmo com a população crescendo mais nas cidades, o Brasil termina a década como um país predominantemente rural, com 33,2 milhões de pessoas (64% do total) vivendo no campo. Importa considerar que, em 1940 a expectativa de vida ao nascer no Brasil era de 45,5 anos, sendo 42,9 para homens e 48,3 anos para mulheres³⁰.

No decorrer de seu governo, Vargas deu início à reestruturação do Estado e à profissionalização do serviço público. Foi criado o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (1936), o Departamento Administrativo do Serviço Público - Dasp (1938), além do Departamento de Imprensa e Propaganda - DIP (1939).

Nesse cenário, a legislação trabalhista foi ampliada e sistematizada, com a instituição do salário mínimo e do imposto sindical (1940), da Justiça do Trabalho (1941) e da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT (1943), que reúne todas as resoluções tomadas desde 1930 na área trabalhista. Em 1942, a educação profissional e as necessidades sociais dos trabalhadores são contempladas com a criação do Sistema S: Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial - Senai, a mais antiga organização voltada para o ensino e qualificação da mão de obra operária no período de industrialização do país, e as demais entidades em 1946: Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial - Senac, o Serviço Social da Indústria - Sesi e o Serviço Social do Comércio (Sesc).

Destaca-se, além disso, que no levantamento demográfico de 1940, o Estado da Paraíba ostentava uma população total de 1.422.282 indivíduos, distribuídos em 41 municípios. O contingente populacional residente em Campina Grande, registrado nesse recenseamento, foi de 126.139 cidadãos, enquanto que o município de João Pessoa abrigava uma população de 94.333 habitantes,³¹ sendo constituído por 6 distritos, a saber: João Pessoa, Alhandra, Cabedelo, Conde, Pitimbú e Tambaú³².

³⁰ Dados da Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica do IBGE. Para maiores informações, acessar: [Agência de Notícias IBGE - Expectativa de Vida](#). Acesso em 08/10/2023.

³¹ Para maiores informações acessar: [Recenseamento Geral do Brasil de 1940 - Série Regional Parte VIII - Paraíba](#). Acesso em 26/09/2023.

³² De acordo com o IBGE, no quadro fixado para vigorar no período de 1939-1943, o município de João Pessoa aparece constituído de 6 distritos: João Pessoa, Alhandra, Cabedelo, Conde, Pitimbú e Tambaú. Pelo Decreto-lei Estadual n.º 520, de 31-12-1943, é extinto o distrito de Tambaú, sendo seu território anexado ao distrito sede do município de João Pessoa, como zona urbana. Sob o mesmo decreto o distrito de Vila Conde passou a denominar-se Jacoca. No quadro fixado para vigorar no período de 1944-1948, o município aparece constituído de 5 distritos: João Pessoa, Alhandra, Cabedelo, Jacoca ex-Conde e Pitimbú.

Uma das mais importantes características ‘getulianas’ foi a nomeação de interventores para os Estados — o que implicou na diminuição da autonomia dos governadores e no aumento dos poderes do presidente — essa reorganização política promoveu uma mudança substancial nas dinâmicas de poder em todo o país.

O período do interventor Ruy Carneiro³³ (1940-1945) na Paraíba, foi marcado por relevantes transformações políticas e sociais no estado. Ruy Carneiro assumiu o cargo de interventor durante o governo Vargas, em um contexto nacional de centralização do poder e adoção de políticas nacionalistas. No âmbito político, esse momento foi caracterizado por uma estreita colaboração com o governo federal. Isso resultou na implementação de políticas públicas que tinham como objetivo alinhar a Paraíba com os interesses e diretrizes do governo central.

No âmbito social, a interventoria de Ruy Carneiro promoveu mudanças significativas na vida dos paraibanos. O governo interventor enfocou questões como a educação (reorganização do ensino, a construção da Colônia de Férias de João Pessoa e da Escola de Música Antenor Navarro), a saúde (a construção da Maternidade “Cândida Vargas”, do Manicômio Judiciário, Hospital da Força Policial, do Hospital para doentes mentais agudos, a Colônia Getúlio Vargas, além do combate às endemias rurais) e a assistência social (combate à mendicância profissional e distribuição de sopa às crianças pobres)³⁴. Nesse sentido, sua administração teve um papel fundamental na moldagem do estado durante um período de profunda transformação política e social no Brasil.

Acerca do interventor Ruy Carneiro, Ana Beatriz Ribeiro Barros da Silva, destaca: “Esse governo marca o início de um novo modo de atuação na política paraibana, voltado para as massas e para assistência social, mas nem por isso, descompromissado com as oligarquias e dissociado de práticas repressivas e autoritárias” (Silva, 2012, p.172).

³³ Rui Carneiro nasceu em Pombal (PB) no dia 20 de agosto de 1906. Bacharelou-se pela Faculdade de Direito de Recife em 1927. Foi Deputado Federal (1935-1937), Governador (1940-1945), Deputado Estadual em 1946 e Senador em vários mandatos (1951-1977). Atuou ativamente na Campanha da Aliança Liberal e na Revolução de 1930 e por sua estreita ligação com Getúlio Vargas, foi nomeado interventor na Paraíba. Durante a administração de Rui Carneiro, foi inaugurada a estrada de rodagem ligando a cidade de João Pessoa ao porto de Cabedelo, através da qual seriam escoados os produtos do interior. Entre outras realizações, o interventor construiu o Manicômio Judiciário, a Maternidade Cândida Vargas, a Penitenciária-Modelo de Mangabeira e o Centro de Reabilitação Social da Mulher. Faleceu em Brasília em 20 de julho de 1977. Para maiores informações, consultar: [FGV-CPDOC-Carneiro, Rui](https://www.fgv.br/cpdoc/carneiro_rui). Acesso em 04/10/2023.

³⁴ Jornal Correio da Manhã (RJ). Edição 14915, data 18/06/1943. p.4. Disponível em: https://memoria.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=089842_05&pagfis=16422. Acesso em 02/02/2024.

Nesse horizonte de compreensão, destacamos que a política de cunho nacionalista liderada pelo presidente Getúlio Vargas e realizada de forma eficaz na Paraíba sob a administração do interventor Ruy Carneiro — em conjunto com as elites políticas do período — abordou a questão dos doentes mentais sob a perspectiva da segurança pública.

Neste período crucial da história brasileira, o Estado da Paraíba enfrentou inúmeras questões políticas, sociais e econômicas, ao mesmo tempo em que assistia à inauguração do Manicômio Judiciário, uma instituição que exerceria um papel significativo na interface entre a saúde mental e o sistema de justiça.

A inauguração do Manicômio Judiciário — vinculado à Secretaria do Interior e Segurança Pública e diretamente subordinado a Assistência a Psicopatas — ocorreu em 16 de agosto de 1943, muito embora o equipamento já fosse destaque nas notícias transmitidas pelos principais veículos da imprensa da época, bem antes disso. O jornal *Correio da Manhã*,³⁵ na edição de 18 de junho de 1943, trouxe uma importante matéria intitulada: “A Paraíba no governo do Sr. Ruy Carneiro”, que abordava o orçamento e o desenvolvimento das fontes econômicas do Estado, destacando o próprio interventor como o “mais ativo fiscal dos serviços públicos”. Inserida na seção “Saúde Pública e Assistência Hospitalar”, a instituição foi assim apresentada:

O Manicômio Judiciário em vias de inauguração, é um estabelecimento que vem resolver um dos mais sérios problemas sociais da Paraíba e, sobre ser uma necessidade inadiável em face da nova legislação brasileira, concorrerá para afastar do Hospital Colônia “Juliano Moreira” e da Casa de Detenção, os doentes mentais e criminosos anormais cuja punição não se enquadra nos moldes comuns aplicáveis à generalidade dos infratores da lei.

Importa reforçar ainda que no decorrer do período ditatorial sob a liderança de Getúlio Vargas, o jornal “A União” — órgão oficial do Estado da Paraíba — conforme nos lembra Silva (2019, p.9) “desempenhou um papel fundamental como o principal meio de divulgação das informações governamentais. O jornal veiculava matérias de caráter patriótico, discursos proferidos pelo presidente, bem como posicionamentos de figuras proeminentes daquela época”. Em relação ao Frenocômio, o *Jornal A União*, destaca em sua edição de 16/08/1943, matéria intitulada: “Inaugura-se, hoje, nesta capital o primeiro Manicômio Judiciário do norte do país”. “Edifício em estilo moderno construído de acordo com as exigências da Neuropsiquiatria - a Assistência a Psicopatas no Estado”.

³⁵ O *Correio da Manhã* foi um jornal matutino diário, editado na cidade do Rio de Janeiro que circulou entre os anos de 1901 a 1974, destacando-se como um jornal independente, de tradição legalista e oposicionista em diversos momentos da vida política do país. Disponível em: https://memoria.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=089842_05&pagfis=16422. Acesso em 02/02/2024.

Extrai-se da matéria que nesse empreendimento foram gastos cerca de Cr\$ 600.000,00 (seiscentos mil cruzeiros), seu primeiro diretor foi o Dr. Ovídio Duarte³⁶, o qual fez estágio no Manicômio Judiciário do Distrito Federal e no Manicômio Judiciário de São Paulo, onde “verificou-se não somente o acerto das instalações, como também a forma mais eficiente de funcionamento”.

No que se refere às instalações, o jornal destaca que o Manicômio, que obedece ao estilo funcional, compreende dois pavimentos. No primeiro, se acham localizadas duas enfermarias, com capacidade de 8 leitos cada uma, tendo as mesmas serviço de banheiros e WC: 11 quartos individuais. tendo cada um o seu saneamento: o refeitório, com capacidade para 80 doentes, o almoxarifado e salas para curativos, exames, espera. gabinete médico e hall e quarto para plantonista. As dependências do segundo pavimento compreendem duas enfermarias, nas mesmas condições das do primeiro, 11 quartos individuais, em idênticas condições; um salão para conferências: uma sala para laboratórios: um quarto para plantonista: secção para rouparia; saneamento para os funcionários e para a diretoria; uma sala para a secretaria: uma sala para o diretor e hall. Igualmente havia circulação em todas as alas³⁷.

Sobre o modelo adotado, Brito (2016, p.169), nos lembra que:

A Paraíba buscou seguir o modelo implementado em São Paulo, o qual instalou o seu Manicômio Judiciário ao lado da Colônia do Juquery, subordinando sua administração ao diretor da Colônia, Pacheco e Silva. Assim, o Manicômio Judiciário da Paraíba buscava seguir um caráter mais hospitalar e menos carcerário ao instalar suas dependências ao lado da prática psiquiátrica da Colônia Juliano Moreira, sob a direção do médico Ovídio Duarte.

No Diário Oficial da Paraíba do dia 18 de agosto de 1943, encontra-se o Decreto nº 399, de 16 de agosto de 1943³⁸, que aprova o Regimento Interno do Manicômio Judiciário. Em seu 1º artigo, delimita o papel da Instituição como um órgão essencial para a defesa

³⁶ Ovídio Borba Duarte, nasceu em 04 de julho de 1915, em Serraria na Paraíba. Foi Presidente da Caixa de Ferroviários da Great Western Railway Company; Diretor do Manicômio Judiciário; Diretor do Departamento de Educação e Secretário Estadual de Educação e Saúde; Gerente do Banco Lar Brasileiro S. A. em Recife; Presidente do Conselho Regional de Desportos. Assumiu o mandato de Deputado Federal na 38ª Legislatura (1954-1955) em 16.03.1954, pelo PSD. Também exerceu mandato no ano de 1954. Faleceu em 29/08/1994. Disponível em: [Biografia do\(a\) Deputado\(a\) Federal Ovídio Duarte](#). Acesso em 02/02/2024.

³⁷ Jornal A União, segunda-feira, 16/08/1943, Ano, LI, nº 186, Seção 4, p. 1. Disponível em: [A União 16.08.1943 - Jornal, Editora e Gráfica](#). Acesso em 02/02/2024.

³⁸ Jornal A União, quarta-feira, 18/08/1943, Ano, LI, nº 187, p. 9. Disponível em: [A União 18.08.1943 - Jornal, Editora e Gráfica](#). Acesso em 02/02/2024.

social, observação e assistência psiquiátrica. Especifica as categorias de indivíduos elegíveis para internação, incluindo os delinquentes considerados irresponsáveis de acordo com o artigo 22 do Código Penal; os sentenciados que manifestam doença mental e necessitam de atenção especializada; e os acusados que devem ser submetidos a exames de sanidade mental conforme disposto nos artigos 149 e 154 do Código de Processo Penal. A estrutura do Manicômio é organizada em seções distintas, como a Seção de Observações (S.O.) e a Seção de Internamento (S.I.), destinados a cumprir objetivos específicos relacionados à avaliação e ao tratamento dos internados.

Com efeito, destacamos ainda o artigo 6º que versa sobre a importância do registro minucioso e detalhado do histórico clínico-psiquiátrico de cada paciente através de fichas individuais. Essa determinação abrange a criação de um prontuário psiquiátrico que inclua informações abrangentes sobre os sinais e sintomas clínicos, tanto somáticos quanto mentais, observados durante a avaliação do indivíduo. Além disso, destaca a relevância da avaliação médico-legal para determinar a periculosidade do paciente, compreendendo a necessidade de registrar as tendências anti-sociais, a forma específica de psicopatia identificada e as orientações terapêuticas pertinentes.

Evidencia-se, portanto, a preocupação da instituição em documentar de forma detalhada e precisa as características clínicas e comportamentais dos pacientes, visando tanto à compreensão aprofundada de suas condições como à orientação do tratamento específico de acordo com as necessidades individuais.

Dessa forma, foram estabelecidos o Regimento e as diretrizes do Manicômio Judiciário da Paraíba, uma instituição fundamentada nos estudos criminológicos que se baseavam na hereditariedade e na avaliação da periculosidade dos agentes criminosos ou daqueles propensos a cometer atos delituosos (Brito, 2016).

2.3 Conhecendo o funcionamento, estrutura e rotina institucional

Conhecer a estrutura e rotina institucional nas dependências do Manicômio é de grande relevância para compreender as práticas e desafios enfrentados por internos e servidores. Torna-se portanto fundamental investigar os elementos que compõem o funcionamento dessas instituições a fim de compreender as implicações de suas práticas e políticas.

A estrutura do Manicômio abrange diversos aspectos, desde a arquitetura física das instalações até a organização administrativa. A disposição dos espaços, a segregação de pacientes, além da medicalização, por exemplo, desempenham um papel fundamental na configuração do ambiente manicomial. Além disso, é necessário analisar os procedimentos de admissão, a avaliação de diagnósticos e as normas de tratamentos das pessoas ali presentes.

A rotina institucional no Manicômio é caracterizada por uma série de atividades e interações que afetam diretamente a vida dos internos. Isso inclui horários de refeições, terapias, medicamentos e atividades de lazer. Também é importante examinar a relação entre a equipe de profissionais de saúde mental e os pacientes, a fim de compreender como as dinâmicas de poder e autoridade influenciam o tratamento. A análise das práticas diárias do Manicômio Judiciário permite identificar tanto os aspectos positivos que visam ao bem-estar dos pacientes quanto os problemas e abusos que eventualmente podem ocorrer.

Após estabelecer um diálogo com o Diretor Geral da PPF/PB — Rogério Borges Ferraz Gominho³⁹ — realizei uma visita a todas as dependências da unidade, acompanhado pelos Diretores Adjuntos da instituição. Logo na entrada, na recepção, encontramos diversas áreas de importância dentro da instituição. À direita, estão localizados o serviço de atendimento psicológico, o serviço social, o consultório odontológico e o setor de enfermagem, que inclui o gabinete de enfermagem. À esquerda, há um auditório utilizado para as visitas, onde são fornecidas informações gerais sobre a instituição aos familiares e visitantes. Durante o atendimento, os visitantes recebem uma cartilha explicativa. É importante observar que, apesar das normas estabelecidas pela SEAP, a instituição, por se tratar de um Hospital de Custódia, tem algumas regras diferenciadas durante as visitas.

Algumas das principais observações incluem: as visitas familiares ocorrem aos sábados das 08h às 11h e das 14h às 16h. Os visitantes precisam estar devidamente

³⁹ Rogério Borges Ferraz Gominho é Policial Penal desde 2009. Possui graduação em Administração e em Direito, especialização em Gestão da Qualidade e Produtividade e em Inteligência de Estado, Segurança e Prisional. Trabalha na PPF/PB desde 2011 e em 2013 assumiu o cargo de Diretor Adjunto, em seguida assumiu a Direção Geral da unidade, cargo que permanece até os dias atuais.

cadastrados no Sistema de Administração Penitenciária do Estado da Paraíba - INFOPEN/PB e devem apresentar um documento oficial com foto na recepção. As visitas podem ser realizadas por pai, mãe ou responsável, além de filhos, irmãos, esposo(a) ou companheiro(a). São estabelecidas regras de vestimenta para os visitantes, com destaque para a proibição do uso de camisas pretas, que são exclusivas para os servidores. A tabela de alimentos permitidos e as orientações sobre higiene pessoal também são fornecidas aos visitantes, além de avisos e lembretes de segurança, como os crimes de suborno, intimidação e desacato.

De acordo com as regras da SEAP, no Manicômio não há visitas íntimas e é proibida a entrada de produtos como coca-cola e chocolate. As diretrizes para alimentos e materiais permitidos incluem limites específicos para legumes, frutas, leite, doce, suco, cigarros, fumo e biscoitos. Além disso, são estabelecidas regras para roupas e calçados.

Na área externa da instituição, destacam-se dois espaços de Horta Terapêutica que tem o objetivo de construir coletivamente um espaço agroecológico. O objetivo principal⁴⁰ é “viabilizar atividades de educação agrícola voltadas para a prática da terapia ocupacional, auxiliando no tratamento dos portadores de transtornos mentais graves e na melhoria da qualidade alimentar dos pacientes, através dos produtos cultivados no projeto, iniciado em junho de 2013”. Entre os cultivos, encontram-se coentro, cebolinha, tomate, couve, plantas medicinais como hortelã e capim santo, além de mamão, quiabo, abobrinha, maracujá, macaxeira.

O Projeto Horta Terapêutica envolve a colaboração de um agrônomo especializado na manutenção das plantas medicinais, otimizando o ciclo de germinação das sementes. Os internos realizam a preparação do solo com o plantio das sementes, contemplando etapas desde a germinação até a colheita.

Segundo a professora que acompanha os internos, no mês de junho de 2023, o plantio abrangeu variedades como coentro, salsa, berinjela, pepino e cebolinha. Para garantir a eficácia do projeto, os participantes foram divididos em dois grupos, reunindo-se semanalmente às quartas-feiras e sextas-feiras, abrangendo cerca de 6 a 8 internos⁴¹, sempre com a supervisão de dois policiais penais. Tendo em vista a segurança, os internos se encarregam da renovação do solo e da preparação do terreno para as atividades agrícolas, utilizando ferramentas apropriadas, como a enxada.

⁴⁰ Para maiores informações acessar: [Horta terapêutica beneficia internos do Instituto de Psiquiatria Forense](#). Acesso em 18/12/2023.

⁴¹ O total de internos na unidade durante a realização dessa pesquisa é de 104, como veremos na seção: Dados da situação prisional dos pacientes. Nesse caso, 8 participantes representam aproximadamente 7.69% das 104 pessoas.

Também na área externa, encontra-se a cozinha e o refeitório dos servidores e para os internos uma cozinha em estilo industrial. Há também um quarto utilizado para armazenar alimentos, servindo como depósito e almoxarifado, frequentemente lotado.

A instituição utiliza uma sirene em horários específicos, como parte de seu caráter disciplinador, a fim de sinalizar a distribuição de refeições nos seguintes horários: café às 07h30, almoço às 11h30 e jantar às 17h; assim como para indicar os momentos de administração de medicamentos, programados para às 8h e às 16h.

No contexto da análise da estrutura da instituição, a segurança desempenha um papel fundamental. Nesse sentido, é importante destacar que existe uma guarita elevada onde são realizadas as atividades de vigilância e observação dos apenados. Na área delimitada por grades, de 4 a 6 policiais penais estão responsáveis por monitorar os internos. A instituição é composta por um total de 10 (dez) celas distribuídas em pavilhões, com capacidade total para abrigar 91 pessoas. Essas celas estão organizadas da seguinte forma:

Duas celas especiais individuais, designadas para indivíduos que aguardam alvará de soltura. Encontra-se em um espaço informalmente denominado “Val Paraíso”, três celas individuais e uma cela de maior capacidade, com espaço para acomodar até seis pessoas, que são designadas para o processo de reconhecimento dos novos detentos. No momento de sua chegada à instituição, o indivíduo é direcionado ao isolamento composto por quatro celas, onde aguardará a realização dos primeiros exames médicos. Além disso, a instituição abriga quatro enfermarias, cada uma com capacidade para acomodar até 14 pessoas. Além disso, o espaço conta com duas áreas chamadas informalmente de “Trem A” e “Trem B”, onde se encontram celas, incluindo algumas maiores. Todas essas áreas são monitoradas por câmeras de segurança, e as imagens capturadas são armazenadas na sala da direção.

A instituição dispõe de diversas salas específicas, incluindo a sala de revistas, o consultório dentário, a sala de enfermaria, o arquivo da enfermaria e a assistência social.

No primeiro andar, está localizada a sala da defensoria pública, seguida por uma ampla sala que é utilizada para audiências por videoconferência quando os pacientes são conduzidos para essa atividade. Quando não está em uso para audiências, esse espaço serve para atividades de sociabilidade e para o horário de almoço dos servidores. Nesse mesmo ambiente, existe uma porta que leva a um espaço destinado ao arquivamento de pastas e documentos, organizados por ano. Esse valioso material inclui o registro (prontuário e anotações) dos primeiros pacientes da instituição, tornando-se um recurso valioso para pesquisas futuras.

No espaço adjacente ao gabinete da direção, está disposta uma ante sala onde quatro mesas são destinadas às atividades administrativas realizadas por servidores, como a redação, acompanhamento dos processos, digitalização de documentos, entre outras atividades pertinentes à gestão da instituição. Paralelamente, no mesmo pavimento, está situada uma sala de aula dedicada à instrução dos pacientes, além de abrigar a Coordenação dos serviços da Saúde Prisional.

De acordo com o Diretor Geral da PPF/PB, considerando o quadro de servidores até o mês de agosto de 2023, a instituição apresenta uma estrutura distribuída da seguinte maneira: dentro do corpo de funcionários, destacam-se 35 policiais penais, incumbidos das responsabilidades inerentes à segurança e à ordem dentro da instituição. Além disso, há a colaboração de sete prestadores de serviços, um funcionário comissionado, 13 pessoas em processo de ressocialização⁴², seis profissionais dedicados ao suporte operacional e mais seis funcionários atuantes na esfera administrativa. Paralelamente, na esfera da saúde, a instituição conta com um contingente de 10 profissionais atuando nos serviços de Saúde Prisional, destinados ao atendimento e cuidado da saúde dos indivíduos sob custódia.

Os setores de atuação dos servidores são diversificados, abrangendo saúde, administração, segurança e nutrição. O setor de saúde é multiprofissional, composto por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem e dentista. Na área administrativa, incluem-se policiais penais, digitadores e assistentes administrativos. No setor de nutrição, há uma cozinheira responsável pela preparação das refeições.

Conforme argumentado por Diniz (2005), existe um considerável destaque nas abordagens das políticas públicas no que concerne aos egressos do sistema penitenciário. Essas políticas visam proporcionar inserção no mercado de trabalho, enfatizando a necessidade de qualificação profissional por meio de cursos básicos e o aprimoramento do nível educacional desses indivíduos.

A PPF/PB recebe, de forma periódica, a presença de voluntários da Pastoral, contando com a contribuição de grupos evangélicos da Igreja Universal e da Doutrina Espírita, os quais executam atividades específicas aos domingos. Contudo, é pertinente notar que, atualmente, a Pastoral Católica não se encontra envolvida nas atividades desempenhadas na instituição.

⁴² Segundo Johnson (1997, p. 345) em seu Dicionário de sociologia: guia prático da linguagem sociológica, “ressocialização” é uma parte do processo contínuo de socialização que se estende pelo CURSO DE VIDA e implica aprender e, às vezes, desaprender vários papéis. (...) Erving GOFFMAN define ressocialização como um processo mais drástico de derrubada e reconstrução de papéis individuais e do senso, socialmente construído, de self. (...) Uma vez que a ressocialização é um processo drástico que requer grande controle sobre seus sujeitos, ela com frequência ocorre em sistemas rigidamente controlados, como prisões e hospitais.

2.4.1 A Educação na Penitenciária de Psiquiatria Forense

No que diz respeito ao Código Penal, no tocante aos “Direitos do preso”, o Art. 38 regulamenta que: “O preso conserva todos os direitos não atingidos pela perda da liberdade, impondo-se a todas as autoridades o respeito à sua integridade física e moral” (Brasil, 1940). Além disso, o processo de ressocialização se apresenta dentro da política penitenciária brasileira como objeto central na operacionalização da Lei de Execução Penal - LEP, nº 7.210, de 11 de julho de 1984.

A LEP garante o direito à educação para pessoas privadas de liberdade, como uma forma de reintegração social. Segundo o Art. 17, “a assistência educacional compreenderá a instrução escolar e formação profissional do preso e do internado” (Brasil, 1984). Nesse sentido, o dispositivo salienta que, apesar da privação de liberdade, os direitos do preso, incluindo sua integridade física e moral, devem ser preservados, enfatizando a importância da educação e do acesso à escola para os detentos.

Isso implica que o sistema prisional tem a obrigação de fornecer programas educacionais apropriados, que desempenham um papel fundamental na reabilitação dos detentos, promovendo a dignidade humana e contribuindo para uma sociedade mais justa e segura.

A educação no sistema prisional é um componente essencial e desempenha um papel crítico na transformação de indivíduos que estão cumprindo penas privativas de liberdade, oferecendo oportunidades de aprendizado, desenvolvimento de habilidades e preparação para a reintegração na sociedade.

Oportuno lembrar que o Brasil também é signatário de acordos internacionais que estabelecem a importância da educação nas prisões, como por exemplo, o que está disposto nas Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos (Regras de Nelson Mandela): “A educação de analfabetos e jovens reclusos será obrigatória, prestando-lhe a administração prisional especial atenção. Tanto quanto for possível, a educação dos reclusos deve estar integrada no sistema educacional do país, para que depois da sua libertação possam continuar, sem dificuldades, os seus estudos” (Regra 104).

A Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio Graciliano Ramos, situada nas instalações da Penitenciária Sílvio Porto, no bairro de Mangabeira, em João Pessoa, Paraíba, representa um marco como a primeira escola cidadã de tempo integral a operar no interior do

sistema prisional brasileiro⁴³. Esta instituição de ensino oferta a modalidade de Educação de Jovens e Adultos (EJA) desde 2016 e tem o propósito de servir às necessidades educacionais das unidades prisionais não apenas em João Pessoa⁴⁴, mas também em municípios adjacentes, como Bayeux, Santa Rita, Cruz do Espírito Santo, Sapé e, mais recentemente, Alhandra.

Essa iniciativa destaca a relevância de oferecer educação aos reclusos, fortalecendo seus caminhos de reabilitação e reintegração à sociedade. A Escola Graciliano Ramos preenche uma lacuna importante na educação prisional, contribuindo para a formação e capacitação de indivíduos que buscam oportunidades de aprendizado e transformação, ao mesmo tempo em que promove uma visão inclusiva e cidadã no contexto do sistema prisional do estado da Paraíba.

De acordo com as Diretrizes Operacionais das Escolas da Rede Estadual de Educação da Paraíba para o ano 2023, a Educação de Jovens e Adultos (EJA), no contexto das pessoas privadas de liberdade, é organizada de modo a atender às especificidades dos diferentes níveis e modalidades da educação, sendo extensiva aos regimes semiaberto, aberto, provisório; aos sentenciados do sistema prisional e àqueles/as que cumprem medidas de segurança (Paraíba, 2023, p.25).

Ainda conforme as Diretrizes:

A oferta da EJA na Educação em Prisões está dividida em ciclos, de forma idêntica à EJA presencial. Porém, devido ao contexto das unidades prisionais, segue com a complementação de carga horária mediante abordagem de estudos complementares, desenvolvidos por meio de projetos pedagógicos no contexto dos quatro pilares da educação promulgado pela UNESCO: aprender a conhecer, aprender a fazer; aprender a conviver e aprender a ser.

Estabelece-se, portanto, que os estudantes sem domínio de leitura e escrita deverão ser alfabetizados, mediante programa federal e/ou matriculados no Ciclo I (1º, 2º e 3º anos iniciais do Ensino Fundamental). O Plano Estadual de Educação para as Pessoas Privadas de Liberdade e Egressas do Sistema Penal 2021-2024, indica que:

⁴³ Para maiores informações, acessar: [Paraíba terá a primeira escola cidadã de tempo integral no sistema prisional brasileiro](#). Acesso em 18/12/2023.

⁴⁴ Segundo a Coordenadora Pedagógica Iranilda Almeida de Sousa, na capital a Escola atua nas seguintes unidades: Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF); Penitenciária Desembargador Flósculo da Nóbrega (Roger), Penitenciária de Reeducação Feminina Maria Júlia Maranhão (Bom Pastor); Penitenciária Desembargador Silvío Porto; Penitenciária de Segurança Média Juiz Hitler Cantalice; Penitenciária de Segurança Máxima Criminalista Geraldo Beltrão (Máxima); Penitenciária de Segurança Máxima Doutor Romeu Gonçalves de Abrantes (PB1).

A equipe de professores da Educação em Prisões conta com 166 profissionais contratados pela Secretaria de Estado de Educação e da Ciência e Tecnologia– SEECT/PB (anos iniciais, finais e médio) todos devidamente habilitados para o desenvolvimento do processo de ensino aprendizagem e recebendo gratificação por periculosidade por estarem inseridos nas unidades prisionais (Paraíba, 2021).

O referido Plano informa que a EEEFM Graciliano Ramos possui 64 turmas com o total de 672 alunos. Importa afirmar que o número de estudantes em sala de aula dependerá das regras de cada unidade prisional, em consonância com as determinações estabelecidas pela Secretaria de Estado de Educação e da Ciência e Tecnologia– SEECT/PB.

No caso da PPF/PB, o ano letivo de 2023 iniciou-se com 20 (vinte alunos), todos no Ciclo I (1º, 2º e 3º anos iniciais do Ensino Fundamental), possuindo no momento em que se realiza esta pesquisa, cerca de 9 alunos. Na atual dinâmica da instituição, observa-se que a maioria dos internos não são alfabetizados, caracterizando um cenário desafiador para a oferta de educação formal.

No decorrer do ano de 2023, a instituição dispõe apenas de uma sala voltada para o ciclo 1 do ensino, abrangendo a fase de alfabetização, além dos níveis 1 e 2 do ensino fundamental, com um limite máximo de instrução correspondente ao terceiro ano. No entanto, em períodos anteriores, a instituição abrangia todos os ciclos do ensino, indo desde o ensino fundamental até o ensino médio.

Nesse contexto, o atual espaço físico disponível não permite a implantação dos ciclos educacionais mais avançados. As aulas são realizadas diariamente no turno da tarde em uma sala dedicada especificamente para esse propósito. Além disso, a instituição dispõe de uma pequena biblioteca, na qual os pacientes têm acesso aos livros para estudo em suas celas.

O Art. 17 da Lei de Execução Penal garante que essa assistência abranja tanto a instrução escolar quanto a formação profissional dos indivíduos que se encontram sob custódia do sistema penal. Essa medida busca promover oportunidades de aprendizado e capacitação para os detentos, visando à sua reintegração social e à possibilidade de adquirir conhecimentos que os auxiliem na reinserção produtiva na sociedade após o cumprimento da pena.

De acordo com o art. 126, da Lei de Execução Penal no 7.210, de 11 de julho de 1984, é assegurada, ainda, a remição de 1 (um) dia de pena a cada 12 (doze) horas de frequência escolar - atividade de ensino fundamental, médio, inclusive profissionalizante, ou superior, ou ainda de requalificação profissional - divididas, no mínimo, em 3 (três) dias. (Brasil, 2011)

Importa destacar que o artigo 42 estabelece que os direitos previstos no artigo 41 da Lei de Execução Penal (LEP) também se aplicam, no que couber, ao preso provisório e ao indivíduo submetido à medida de segurança. Isso significa que, embora esses indivíduos possam estar em situações distintas (como aguardando julgamento ou cumprindo medida de segurança por doença mental), eles têm direitos assegurados relacionados à alimentação, vestuário, trabalho, remuneração, assistência material, à saúde, jurídica, educacional, entre outros.

A Lei nº 12.433/11, instituída no Estado da Paraíba tem concedido essa remição, baseada nos registros de participação nas aulas e no acompanhamento do/a estudante⁴⁵.

A coordenação pedagógica da instituição é responsável por calcular a carga horária e elaborar um relatório social que comprove o cumprimento das atividades escolares pelo interno, encaminhando-o para avaliação do juiz a fim de determinar a remição. No caso de ausência do paciente na sala de aula, é registrada a falta, embora haja a possibilidade de justificativa em situações de doença ou crises que impeçam a presença do aluno. Os critérios de avaliação e sondagem incluem o cumprimento da carga horária estipulada e o desenvolvimento dos eixos temáticos propostos.

Essa legislação foi pioneira, antecedendo a Recomendação nº 44 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que, em 2013, formalizou prática semelhante em nível nacional. O dispositivo para remição da pena por meio da educação, especificamente para atividades de leitura, foi apresentado por recomendação, que orientava sobre as atividades educacionais complementares para a remição da pena. O CNJ, ao adotar a Recomendação nº 44, iniciou um movimento de regulamentação e padronização das práticas educacionais no sistema prisional, reconhecendo a educação como um direito fundamental para a reintegração social dos indivíduos privados de liberdade.

Contudo, a Recomendação foi posteriormente revogada pela Resolução nº 391/2021, que expandiu as diretrizes para a remição de pena por práticas sociais educativas, incluindo a educação não escolar e as práticas de leitura. Em 2022, a publicação da Orientação Técnica nº 1/2022 do CNJ estabeleceu detalhes sobre como as atividades de leitura e educação não escolares devem ser contabilizadas para fins de remição, criando fluxos de trabalho que garantem a efetivação da remição de pena por essas práticas sociais educativas.

⁴⁵ Para maiores informações acessar o Provimento-nº-13-2013 do Tribunal de Justiça da Paraíba que institui a remição por leitura nos Juízos com competência em Execução Penal no Estado da Paraíba, relacionados aos apenados custodiados em regime fechado; Define critérios quanto à avaliação e o respectivo procedimento. Disponível em: [Provimento-Nº-13-2013 TJPB](#). Acesso em: 23 de setembro de 2023.

Importa destacar ainda que as provas do Exame Nacional para Certificação de Competências de Jovens e Adultos para Pessoas Privadas de Liberdade (Encceja Nacional PPL) foram realizadas nos dias 17 e 18 de outubro de 2023⁴⁶ em 65 unidades prisionais do estado da Paraíba. Segundo a SEAP foram inscritos 2.034 reeducandos.

O Encceja é realizado pelo Inep em colaboração com as secretarias estaduais e municipais de educação. O Exame é aplicado pelo Inep, mas a emissão do certificado e declaração de proficiência é responsabilidade das Secretarias Estaduais de Educação e Institutos Federais que firmam Termo de Adesão ao Encceja. Já o Encceja PPL é realizado em instituições que firmaram o Termo de Adesão, Responsabilidade e Compromisso com o Inep.

O Exame é composto por quatro provas objetivas, cada uma com 30 questões de múltipla escolha, e uma proposta de redação. As provas do Encceja PPL têm o mesmo nível de dificuldade que as provas do Encceja regular. A única diferença está na aplicação, que ocorre dentro de unidades prisionais e socioeducativas indicadas pelos respectivos órgãos de administração prisional e socioeducativa de cada unidade da Federação.

O participante que conseguir a nota mínima exigida nas quatro provas objetivas e na redação tem direito à Certificação de Conclusão do Ensino Fundamental ou do Ensino Médio. Já o participante que conseguir a nota mínima exigida em uma das quatro provas ou em mais de uma, mas não em todas, tem direito à Declaração Parcial de Proficiência. Para requerer a certificação, o participante precisa alcançar, no mínimo, 100 pontos nas provas objetivas e 5 pontos na redação.

Segundo o responsável pela assistência social da PPF/PB, no primeiro dia de realização do Encceja PPL foram aplicadas as provas do ensino fundamental com a participação de 5 (cinco) internos. No segundo dia, foram aplicadas as provas do ensino médio onde 1 (um) interno foi submetido ao exame.

Nessa perspectiva, quando se analisa a situação da educação no âmbito do sistema prisional, é evidente que disponibilizar uma educação abrangente, adaptada às necessidades da população encarcerada, representa um desafio significativo devido a uma série de fatores. Estes incluem a carência de infraestrutura adequada, a insuficiência de policiais penais, a falta de formação adequada para os educadores que atuam no ambiente prisional, a escassez

⁴⁶ Maiores informações: [Encceja PPL - Ministério da Educação; Governo da Paraíba inicia Maratona de Revisão para Encceja PPL 2023 na Penitenciária Sílvio Porto Seap e Educação aplicam as provas do ENCCEJA PPL 2023 — Governo da Paraíba](#)

de investimentos em recursos essenciais, como acervo bibliográfico, bem como a possível falta de interesse por parte dos internos.

Contudo, o ensino dentro do ambiente prisional desempenha um papel fundamental na melhoria da saúde mental dos detentos, proporcionando-lhes oportunidades para o crescimento intelectual e a aquisição de habilidades sociais.

2.4 Dados e contexto atual: A Paraíba no Panorama Brasileiro

A década de 20 do século XXI, representa um período de significativas mudanças e desafios no cenário político e social do Brasil, refletindo-se em impactos profundos também na Paraíba. A derrota do presidente Jair Bolsonaro nas eleições de outubro de 2022, foi um evento de relevância significativa para o cenário político brasileiro e para a democracia do país.

Como líder de um governo caracterizado por polarizações políticas, ataques às instituições democráticas e crises institucionais, sua derrota representou uma mudança de direção política e uma resposta da sociedade brasileira à necessidade de restaurar a estabilidade e fortalecer os valores democráticos. Essa derrota indicou uma rejeição das políticas e do estilo de liderança adotados por Bolsonaro, que foram frequentemente criticados por sua postura autoritária, seu desprezo pelos direitos humanos e seu manejo inadequado da pandemia de Covid-19, etc.

Em seu retorno ao poder em 2023, o Presidente Luís Inácio Lula da Silva implementou uma série de políticas e reformas abrangentes. Esta coalizão bem-sucedida demonstrou habilidade na negociação com o Congresso Nacional para a alocação de recursos adicionais no ano de 2023, por meio da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) de Transição. Nesse contexto, foi aprovada a destinação de um montante expressivo, no valor de R\$ 145 bilhões, para beneficiários de programas sociais como o Bolsa Família (Medida Provisória nº 1.164, de 2 de março de 2023), bem como para áreas de relevância primordial, como assistência social, saúde, educação e meio ambiente, entre outros. É importante ressaltar que, embora esses recursos sejam significativos, eles ainda se mostram insuficientes diante do substancial déficit social e ambiental que caracterizou o Brasil no início de 2023. Contudo, esse apoio financeiro representa um alento que promoverá o processo gradual de restauração da institucionalidade federal (INESC, 2023).

Essas ações impactam diretamente a economia, o bem-estar social e a política do país, marcando uma nova fase na história política do Brasil, especialmente após a necropolítica genocida do governo Bolsonaro (2019-2022).

O Censo 2022 do IBGE fornece informações relevantes sobre a população, tanto em nível nacional quanto na Paraíba, apresentando aspectos essenciais para compreender a dinâmica demográfica e socioeconômica do país e do estado.

No entanto, a atual edição do Censo, prevista originalmente para 2020, foi adiada devido à pandemia de Covid-19, o que gerou atrasos significativos na coleta e análise dos dados. Em 2021, outro adiamento ocorreu, dessa vez devido à falta de recursos por parte do governo Bolsonaro, prolongando ainda mais a espera por informações precisas e atualizadas sobre a população brasileira e paraibana.

Apesar dos obstáculos enfrentados, em 2022, os dados finais revelam que o Brasil mantém sua característica de nação diversa, com uma população total de 203.080.756 habitantes, evidenciando a importância do Censo para entender a composição e as tendências demográficas do país.

Segundo dados do IBGE, o número de habitantes da Paraíba saiu de 3.766.528 em 2010 para 3.974.687 em 2022, o que representa um aumento absoluto superior a 207 mil pessoas. A Paraíba ocupa a 13ª posição na quantidade de habitantes em todo o país. No Nordeste, o estado é o 5º com maior número de habitantes, atrás apenas de Maranhão, Ceará, Pernambuco e Bahia.

No Estado da Paraíba, somente a Região Metropolitana (RM) de João Pessoa, a RM de Campina Grande e a RM de Patos são concentrações urbanas que exercem centralidades pela atração de fluxos de abrangência regional⁴⁷. O número de habitantes em João Pessoa chegou a 833.932 no Censo 2022, contra 723.515 no Censo 2010. Portanto, houve um incremento de 110.417 habitantes em 12 anos. O aumento populacional, em comparação ao Censo anterior, foi de 15,26% .

Observa-se, portanto, que a Região Metropolitana de João Pessoa (RMJP) desempenha um papel de destaque na organização socioeconômica do estado da Paraíba. A RMJP abrange uma série de distritos e municípios que têm um papel fundamental na economia e na vida cotidiana dos paraibanos. A Região Metropolitana de João Pessoa ou Grande João Pessoa atualmente é formada por 12 municípios: João Pessoa, Bayeux,

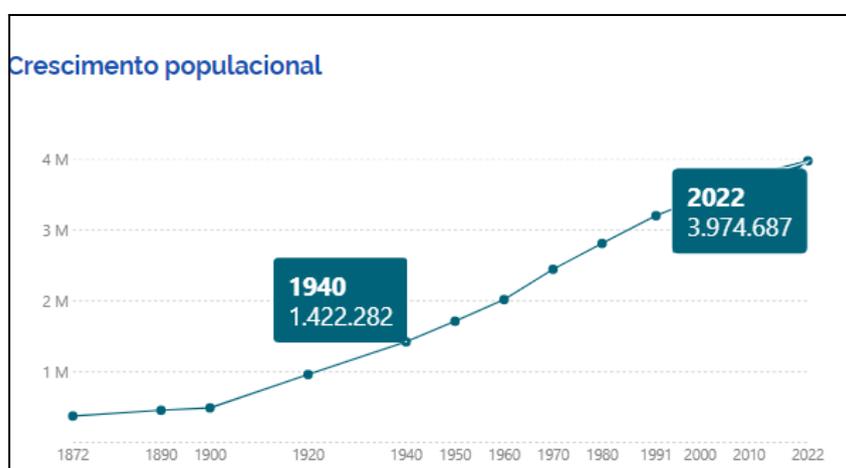
⁴⁷ Para maiores informações, ver: Análise da dinâmica populacional das Regiões Metropolitanas de João Pessoa e Campina Grande no Censo 2022. Disponível em: [Análise da dinâmica populacional das Regiões Metropolitanas de João Pessoa e Campina Grande no Censo 2022 - Observatório das Metrôpoles](#). Acesso em 29/10/2023.

Cabedelo, Conde, Cruz do Espírito Santo, Lucena, Rio Tinto, Santa Rita, Alhandra, Caaporã, Pedras de Fogo, Pitimbu.

O governo de João Azevedo⁴⁸ na Paraíba, também em 2023, vem promovendo iniciativas significativas para o desenvolvimento do estado. Essas ações englobam questões relacionadas à infraestrutura, educação e saúde, moldando o futuro da Paraíba⁴⁹.

Por fim, a breve comparação da população da Paraíba entre os censos de 1940 - década da inauguração do Manicômio Judiciário da Paraíba e 2022, nos revela transformações demográficas significativas ao longo de oito décadas, conforme dispõe o gráfico 1 a seguir:

Gráfico 1 Crescimento Populacional do Estado da Paraíba entre 1940 - 2022



Fonte: "Séries Históricas IBGE - Censo Demográfico" (adaptado). IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

⁴⁸ João Azevêdo Lins Filho é formado em Engenharia Civil pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professor Aposentado do Instituto Federal de Educação Tecnológica (IFPB), pós-graduado em Metodologia do Ensino Técnico. Filiado ao Partido Socialista Brasileiro (PSB), está em seu segundo mandato de governador, sendo reeleito no pleito de 30 de outubro de 2022. Durante o ano de 2023, o gestor também ocupou a presidência do Consórcio Interestadual de Desenvolvimento do Nordeste (Consórcio Nordeste). Para maiores informações acessar: [Governo da Paraíba](#). Acesso em 05/11/2023.

⁴⁹ O Governador João Azevedo apresentou a mensagem do Poder Executivo para 2023 na abertura da Assembleia Legislativa da Paraíba, destacando ações governamentais dos últimos quatro anos, com ênfase em investimentos expressivos na saúde, ultrapassando R\$ 7 bilhões. Os recursos foram direcionados para melhorias na medicina pública, incluindo finalização de obras, aumento de leitos e novos serviços como o Programa Coração Paraibano. O Sertão da Paraíba recebeu melhorias no tratamento contra o câncer, com planos para instalar um acelerador linear no Hospital do Bem. Ações inovadoras, como o programa "Opera Paraíba", e investimentos na rede hospitalar e de urgência também foram destacados, refletindo o compromisso do governo com a eficiência dos serviços de saúde. Para maiores informações acessar: [Em mensagem ao Poder Legislativo, João Azevêdo presta contas de ações e garante novos investimentos para 2023 — Governo da Paraíba](#). Acesso em 05/02/2024.

Observa-se portanto que o censo de 1940, realizado em um contexto histórico de regime autoritário sob o Estado Novo de Getúlio Vargas, apresentou um contingente populacional de 1.422.282 habitantes, enquanto o censo de 2022, em uma era de democracia e globalização, revelou um aumento substancial, com 3.974.687 pessoas residindo no estado.

O aumento da população da Paraíba é notável, representando um crescimento de aproximadamente 179% em relação ao censo de 1940. Esse crescimento pode ser atribuído a vários fatores, incluindo a diminuição da taxa de mortalidade, o aumento da expectativa de vida, avanços na saúde pública e uma maior taxa de natalidade ao longo dos anos. Importa destacar que uma das mudanças mais significativas é a melhoria na expectativa de vida. Outro aspecto relevante é a transição da Paraíba de uma sociedade predominantemente rural, em 1940, para uma sociedade mais urbanizada em 2022. A urbanização trouxe mudanças na economia, na segurança, nas dimensões da saúde, no estilo de vida e nas necessidades da população, influenciando políticas públicas e o desenvolvimento das áreas urbanas.

Nesse horizonte de compreensão, o Manicômio Judiciário da Paraíba completou oitenta anos de existência no ano de 2023, representando uma instituição que desafia a interseção entre a saúde mental e o Sistema de Justiça no âmbito estadual. É interessante notar que essa instituição é mais antiga que a Faculdade de Direito, atualmente, Centro de Ciências Jurídicas da UFPB, fundada em 11 de agosto de 1949, tendo seu início efetivo das atividades docentes em 1951. Além disso, sua fundação precede a criação da Universidade Federal da Paraíba, estabelecida em 2 de dezembro de 1955.

2.5 Dados da situação prisional dos pacientes em 2023 na PPF

Os dados estatísticos do Sistema Penitenciário, em posse da Secretaria Nacional de Políticas Penais (Senappen) são disponibilizados no Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (Sisdepen)⁵⁰ que é a ferramenta de coleta de dados do sistema penitenciário brasileiro, onde concentra as informações sobre os estabelecimentos penais e a população carcerária.

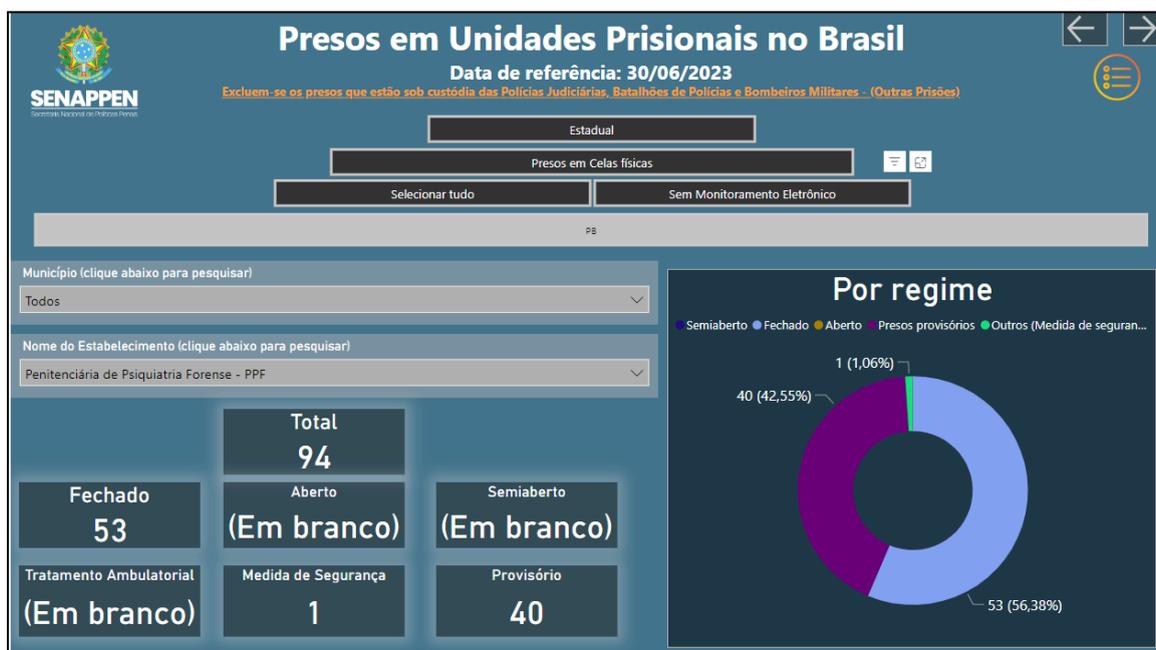
Segundo o CNJ, citando dados do Sisdepen, havia, em 2022, no Brasil, 1.869 pessoas cumprindo medida de segurança em Manicômios Judiciários (Hospitais de Custódia) ou em estabelecimentos penais comuns⁵¹. Ao consultar o Sisdepen, no painel estatístico atual do 14º

⁵⁰ Para maiores informações, acessar o link: [SISDEPEN — Secretaria Nacional de Políticas Penais](#). Acesso em 03/11/2023.

⁵¹ Para maiores informações, acessar o link: [CNJ e Ministério da Saúde trabalham para implementar Política Antimanicomial](#). Acesso em 03/11/2023.

ciclo de coleta (dados obtidos entre janeiro e junho de 2023), referente a Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba, encontramos o total de 99 internos⁵², entre medida de segurança e provisórios, conforme tabela abaixo:

Tabela 1 Quantidade de internos na Penitenciária de Psiquiatria Forense - Sisdepen JAN a JUN/2023



Fonte: Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (Sisdepen). Acesso em novembro/2023

Na busca de obter dados estatísticos mais atualizados, referente a Penitenciária de Psiquiatria Forense (PB), encontramos as indicações do Painel de Informações do Sistema Penitenciário da Secretaria de Estado da Administração Penitenciária da Paraíba⁵³, referente ao mês de agosto de 2023, que registra 141 internos entre situação provisória⁵⁴ e sentenciados, conforme tabela abaixo:

⁵² Para maiores informações, acessar o link: [SISDEPEN — 14º Ciclo: Janeiro a Junho de 2023](#). Acesso em 03/11/2023.

⁵³ Para maiores informações, acessar: [Sistema Penitenciário da Secretaria de Estado da Administração Penitenciária da Paraíba](#). Acesso em 03/11/2023.

⁵⁴ No Brasil existem duas espécies de prisão: prisão cautelar ou provisória, também chamada de prisão processual (que tem função de assegurar o trâmite do processo penal), na qual se enquadram a prisão em flagrante, a prisão temporária e a prisão preventiva; e prisão pena, que tem função de punição, em razão da condenação do acusado pela prática de crime. Cabe ressaltar que a regra geral é que o acusado responda o processo em liberdade, mas a prisão cautelar é possível, como exceção, nos casos em que os requisitos legais para sua decretação estejam presentes. A lei de execução penal prevê que o preso provisório deve ficar separado dos que estão cumprindo pena que já transitou em julgado. Para maiores informações, acessar o link: [Preso Provisório — TJDF](#). Acesso em 03/11/2023.

Tabela 2 Quantidade de internos na Penitenciária de Psiquiatria Forense Agosto/2023



REISP	Ano	Mês	REISP	AISP	Unidade Prisional	Regime	Gênero	Quantidade
1ª REISP	2023	AGOSTO	1ª REISP	01ª AISP	Penitenciária de Psiquiatria Forense	FECHADO / PROVISÓRIOS	FEMININO	3
	2023	AGOSTO	1ª REISP	01ª AISP	Penitenciária de Psiquiatria Forense	FECHADO / PROVISÓRIOS	MASCULINO	99
AISP	2023	AGOSTO	1ª REISP	01ª AISP	Penitenciária de Psiquiatria Forense	FECHADO / SENTENCIADOS	FEMININO	1
01ª AISP	2023	AGOSTO	1ª REISP	01ª AISP	Penitenciária de Psiquiatria Forense	FECHADO / SENTENCIADOS	MASCULINO	38
	Total							141

Fonte: Painel de Informações do Sistema Penitenciário da Secretaria de Estado da Administração Penitenciária da Paraíba. Acesso em novembro/2023

Aqui se faz necessário uma observação pertinente. Ao ter acesso à relação dos internos da PPF/PB, tendo como referência o mesmo mês (agosto), especificamente a data de referência: 31/08/2023, encontramos o seguinte quantitativo populacional: 101 homens e 3 mulheres, assim distribuídos:

Tabela 3 Quantidade de internos na Penitenciária de Psiquiatria Forense Agosto/2023

SEXO	COM MEDIDA	SEM MEDIDA	TOTAL
Homem	38	63	101
Mulher	1	2	3
TOTAL	39	65	104

Fonte: Relação de Internos da PPF/PB - Mês de referência agosto de 2023 (autoria própria).

Verifica-se, portanto, inconsistência entre o Painel de Informações do Sistema Penitenciário da Secretaria de Estado da Administração Penitenciária da Paraíba e a Penitenciária de Psiquiatria Forense, referente aos dados do quantitativo populacional da unidade.

Enquanto o Painel de Informações registra no regime provisório 3 Mulheres e 99 homens; sentenciados 1 Mulher e 38 Homens - totalizando 141 internos referente ao mês de agosto de 2023 - a Penitenciária de Psiquiatria Forense em sua relação de internos apresenta o seguinte quantitativo populacional: 38 Homens e 1 Mulher com Medida de Segurança; 63 Homens e 2 Mulheres sem Medida de segurança, totalizando 104 internos na Unidade, no mesmo período.

É importante notar que, no mês de setembro de 2023, os dados registrados no Painel de Informações do Sistema Penitenciário da Secretaria de Estado da Administração

Penitenciária encontram-se em conformidade com a situação populacional da Penitenciária de Psiquiatria Forense.

Com o propósito de conduzir análises demográficas, compilar estatísticas e extrair informações pertinentes, adotamos o número de 104 internos, conforme apresentado na lista de internos da Penitenciária de Psiquiatria Forense na Paraíba, referente aos dados de 31 de agosto de 2023, como o quantitativo populacional de referência. De acordo com os registros disponíveis, os 104 pacientes no Manicômio Judiciário da Paraíba são predominantemente do sexo masculino, alinhando-se com o padrão nacional. As idades apresentam uma ampla variação, mas a maioria estava concentrada na faixa etária dos 39 anos.

Desse total, apenas três pacientes são do sexo feminino. Importa destacar que as mulheres ficam internadas no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (CPJM), uma prática que remonta à ausência de uma ala feminina na Penitenciária Psiquiátrica Forense (PPF) desde sua inauguração, conforme destacada pela Professora Ludmila: “na origem, o que se sabe é que na PPF não foi criada uma ala feminina, desde a sua apresentação, e por isso as mulheres eram encaminhadas ao CPJM”.

Tal separação está relacionada a uma combinação de fatores legais, estruturais e de proteção. Segundo o §1º do artigo 82 da Lei de Execução Penal (LEP): “A mulher e o maior de sessenta anos, separadamente, serão recolhidos a estabelecimento próprio e adequado à sua condição pessoal”, o que corrobora a necessidade de unidades específicas para diferentes grupos de vulnerabilidade, garantindo que o sistema carcerário respeite a dignidade e às necessidades particulares desses indivíduos.

Além disso, o relatório da pesquisa “Pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no Brasil: itinerários jurídicos e portas de saída”, nos informa que:

Na ala feminina do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (CPJM) também são internadas todas as mulheres com transtornos mentais em conflito com a lei, oriundas de qualquer cidade do estado, seja para a realização do exame de sanidade mental, para o cumprimento da medida de segurança ou para tratamentos determinados judicialmente. Mulheres que cumprem pena ou estão presas provisoriamente em outras unidades prisionais do estado também são atendidas no CPJM para tratamento em saúde mental ou para a realização do exame de sanidade mental. (CNJ, 2024, p. 23)

Tabela 4 Distribuição dos Pacientes, por cor e sexo no Manicômio Judiciário 2023

Cor						
Sexo	Branca	Preta	Parda	Negra	Não Informado	Total
Feminino	2	0	1	0	0	3
Masculino	17	3	49	7	25	101
Total Geral						104

Fonte: Consolidado da Relação de Internos da PPF/PB, 2023. (Autoria própria)

De acordo com a Tabela 4, as pacientes se dividem em 2 da cor branca e 1 da cor parda, totalizando 3 internas, enquanto os pacientes se distribuem em várias categorias de cor, com 17 da cor branca, 7 da cor negra, 49 da cor parda e 3 da cor preta, totalizando 101 indivíduos. Observa-se que 25 pacientes masculinos são descritos como "Não Informado" quanto à cor, o que pode indicar uma lacuna nos registros ou dificuldades na coleta dessas informações. Entre os pacientes com cor definida, a categoria "Parda" é a mais comum, seguida de "Branca", "Negra" e "Preta". Em relação a distribuição dos pacientes do Manicômio Judiciário da Paraíba no ano de 2023, categorizados por sexo e estado civil, observamos a seguinte divisão, conforme tabela abaixo:

Tabela 5 Distribuição dos Pacientes, por sexo e estado civil no Manicômio Judiciário 2023

Sexo	Estado Civil	Total
Feminino	Solteira	3
Masculino	Não Informado	15
	Casado	10
	Divorciado	2
	Solteiro	65
	União Estável	8
	Viúvo	1
Total Geral		104

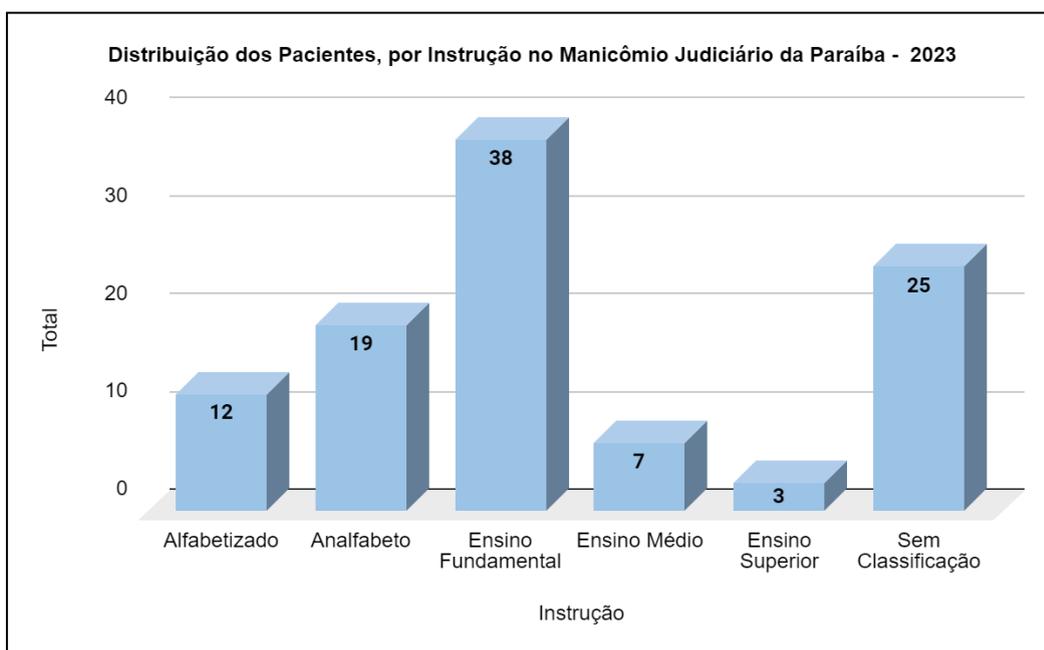
Fonte: Consolidado da Relação de Internos da PPF/PB, 2023. (Autoria própria)

Em relação ao "Estado Civil" dos pacientes, a tabela 5 mostra que a maioria dos pacientes do sexo masculino está classificado como solteiro (65 pacientes) ou casado (10 pacientes). Além disso, há 8 pacientes em união estável, 2 pacientes divorciados e 1 paciente viúvo. É importante observar que 15 pacientes do sexo masculino estão listados como "Não

Informado”, o que pode indicar uma lacuna nos registros ou dificuldades na coleta dessas informações. No caso das pacientes do sexo feminino, todas as 3 pacientes são solteiras.

A análise da distribuição dos pacientes no Manicômio Judiciário da Paraíba em 2023 com base no nível de instrução, fornece informações relevantes sobre o perfil educacional dos internos na instituição. Esses dados são relevantes para entender as necessidades educacionais e de saúde mental dos pacientes, bem como para orientar as políticas educacionais para as pessoas privadas de liberdade, conforme apresentado no gráfico 2, a seguir:

Gráfico 2 Distribuição dos Pacientes, por Instrução no Manicômio Judiciário da Paraíba: 2023



Fonte: Consolidado da Relação de Internos da PPF/PB, 2023. (Autoria Própria)

Primeiramente, é possível notar que, apesar de constar nos registros administrativos, documentos de identificação, perícias médicas e relatórios de avaliação dos pacientes da instituição, a utilização do termo “analfabeto”, como enfatizado pela Professora Nilce da Silva (2007)⁵⁵, é considerada inadequada, tornando imperativa a adoção de novas terminologias para abordar a compreensão do processo de leitura e escrita, como por exemplo, o conceito de letramento.

Nesse sentido, observa-se que a maioria dos pacientes no Manicômio Judiciário da Paraíba têm níveis de instrução mais baixos, como os analfabetos (19 pacientes) e aqueles

⁵⁵ Para maiores informações, acessar: Da Silva, Nilce. “Alfabetização” e “Letramento”: construção de novos significados. *Acolhendo a Alfabetização nos Países de Língua Portuguesa*, v. 1, n. 1, p. 73-88, 2007. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reaa/article/view/11447/13215>.

com ensino fundamental (38 pacientes), o que pode estar relacionado às suas condições de saúde mental ou ao acesso limitado à educação. Por outro lado, registra-se que alguns pacientes têm níveis de instrução mais elevados, como ensino médio (7 pacientes) e ensino superior (3 pacientes).

Esses dados são reflexo do analfabetismo estrutural brasileiro que embora tenha apresentado uma redução, ainda continua alto entre idosos, pretos e pardos e no Nordeste, onde encontram-se as três maiores taxas de analfabetismo do país: Piauí (14,8%), Alagoas (14,4%) e Paraíba (13,6%), segundo revelou o IBGE, através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua: Educação 2022⁵⁶.

A categoria “Não Informado” (sem classificação) com 25 pacientes, ressalta a falta de informações fornecidas sobre alguns pacientes e sugere a necessidade de uma coleta de dados mais precisa e completa. Isso destaca a importância de melhorar os procedimentos de registro e coleta de informações no sistema de justiça e prisional.

Nesse horizonte de compreensão, no intuito de detalhar o nível de instrução dos pacientes no Manicômio Judiciário da Paraíba, observamos que a população atendida apresenta uma maior variedade de graus de instrução: Alfabetizado 12; Analfabeto 19; Ensino Fundamental 6; Ensino Fundamental Incompleto 32; Ensino Médio 1; Ensino Médio Incompleto 6; Ensino Superior 2; Ensino Superior Incompleto 1 e Não Informado 25, de acordo com os dados disponíveis na instituição.

A Tabela 6, intitulada “Distribuição dos Pacientes, por tipo de internação e infração penal no Manicômio Judiciário 2023”, fornece uma perspectiva detalhada sobre as categorias específicas de internação e as infrações penais associadas.

Tabela 6 Distribuição de Pacientes, por tipo de internação e infração penal no Manicômio Judiciário 2023

Internação	Infração Penal	Total
Com Medida de Segurança	Ameaça, Injúria e Violência doméstica	1
	Ato obsceno	1
	Crime Ambiental	1
	Dano ao patrimônio público, Tentativa de Homicídio e Estatuto do Idoso	1
	Dano Qualificado	1
	Destruir, inutilizar ou deteriorar coisa alheia	1
	Estupro	3
	Estupro de Vulnerável	1
	Estupro Tentado	1
	Extorsão	1
	Furto	1
	Furto Qualificado	1

⁵⁶ Para maiores informações, acessar: [Em 2022, analfabetismo cai, mas continua mais alto entre idosos, pretos e pardos e no Nordeste | Agência de Notícias IBGE](#). Acesso em 04/11/2023.

Internação	Infração Penal	Total
	Homicídio	8
	Homicídio	
	Tentativa de Homicídio	1
	Porte Ilegal de Arma de Fogo de Uso Permitido	
	Homicídio Majorado	2
	Homicídio Qualificado	3
	Homicídio Simples	1
	Lesão Corporal	2
	Lesão Corporal Grave	1
	Prática de Ato Libidinoso	1
	Roubo	1
	Roubo Simples	1
	Não Informado	1
	Tentativa de Homicídio	2
	Trafegar em alta velocidade e desacato autoridade	1
	Violação de domicílio e Furto	1
Com Medida Total		40

Internação	Infração Penal	Total
	Ameaça	4
	Ameaça e Violência Doméstica	1
	Ameaça, Desacato e Resistência	1
	Crime Ambiental	2
	Dano qualificado e incêndio ao patrimônio público	1
	Descumprimento de Medidas Protetivas de Urgência (Lei Maria da Penha)	1
	Furto	1
	Furto e Ameaça	1
	Furto e Estupro de Vulnerável	1
	Furto e Roubo	1
	Furto Qualificado	2
	Homicídio	10
	Homicídio Privilegiado, Lesão Corporal e Ameaça	1
	Homicídio Qualificado	2
	Injúria e Ameaça	1
	Lesão Corporal	3
	Lesão Corporal Dolosa	1
	Lesão Corporal e Roubo	1
	Lesão Corporal Grave	1
	Porte Ilegal de Arma de Fogo de Uso Permitido e Resistência	2
	Roubo	6
	Roubo e Lesão Corporal	1
	Roubo e Receptação	1
	Roubo Qualificado	1
	Não Informado	7
	Tentativa de Homicídio	6
	Tentativa de Homicídio e Descumprimento de Medidas Protetivas de Urgência (Lei Maria da Penha)	1
	Tráfico de Drogas	1
	Tráfico de Drogas e Porte Ilegal de Arma	1
	Tráfico, Roubo, Quadrilha	1
Sem Medida Total		64
Total Geral (Com Medida e Sem Medida)		104

Fonte: Consolidado da Relação de Internos da PPF/PB, 2023 (Autoria própria).

Observe-se que, na tabela 6, constam as infrações penais como "Homicídio", "Homicídio Simples", "Roubo" e "Roubo Simples". É relevante mencionar que a catalogação dos documentos foi realizada pelo pesquisador mantendo a nomenclatura e a descrição detalhada como registradas nos processos e fichas dos pacientes, conforme disponibilizadas pelos servidores da instituição.

A primeira parte da tabela apresenta a distribuição dos pacientes no Manicômio Judiciário no ano de 2023, categorizados pelo tipo de internação e a infração penal. Ao todo, foram registradas 40 internações com medida de segurança.

Entre os diferentes tipos de crimes, observa-se uma ampla diversidade, desde delitos como ameaça, injúria e violência doméstica, ato obsceno, até crimes mais graves como homicídio, estupro e lesão corporal. Crimes como estupro, homicídio e suas variações se destacam com um número mais expressivo de casos, demonstrando uma representatividade significativa dentro do perfil dos pacientes internados. Essa variedade reflete a heterogeneidade das situações que levam à medida de segurança e internação no Manicômio Judiciário, evidenciando os delitos associados aos pacientes atendidos.

Na segunda parte, temos a distribuição dos pacientes no Manicômio Judiciário durante o ano de 2023, segmentados pelo tipo de internação e a infração penal associada, especificamente para aqueles que não possuem medida de segurança. Observa-se uma variedade considerável de crimes, de forma semelhante ao que ocorre com os casos de medida de segurança.

Nesse sentido, importa observar que os crimes puníveis de detenção no Código Penal brasileiro compreendem delitos com penas mais brandas, como furto simples, ameaça e lesão corporal leve. Quando esses delitos são cometidos por pessoas com transtornos mentais, elas são consideradas inimputáveis, ou seja, são absolvidas em razão de sua incapacidade de responder penalmente pelos atos.

A legislação penal prevê que, nesses casos, as pessoas submetidas a medidas de segurança, que podem ser aplicadas na forma de internação em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Além disso, normas complementares, como as Resoluções do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP) e do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), reforçam a possibilidade de utilização da RAPS, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

É relevante destacar que, conforme o art. 97 do Código Penal, os agentes que cometem crimes puníveis com detenção, quando inimputáveis, devem ser submetidos ao tratamento ambulatorial. Essa medida visa garantir que a pessoa receba o cuidado necessário

no âmbito da saúde mental, mantendo, sempre que possível, o convívio social e evitando o confinamento desnecessário em instituições fechadas.

A legislação prevê dois tipos de medidas de segurança: a internação em hospital psiquiátrico ou estabelecimento equivalente e tratamento ambulatorial. Entretanto, uma análise dos dados apresentados na tabela revela uma discrepância significativa em relação à aplicação dessas medidas no Manicômio Judiciário da Paraíba. Dos 104 pacientes internados, 64, ou seja, mais da metade, não possuem medida de segurança aplicada. Esse dado evidencia que a instituição está abrigando um número expressivo de pessoas que poderiam, pelo menos provisoriamente, estar fora do ambiente de privação de liberdade, recebendo acompanhamento e tratamento em saúde mental em serviços adequados.

3. Desafios e perspectivas rumo ao fim do Manicômio Judiciário da Paraíba

Há mais de duas décadas, o ordenamento jurídico brasileiro vem estabelecendo diretrizes para a proteção dos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais. A Lei nº 10.216/2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, representa um marco nesse contexto, ao estipular a redução progressiva das internações em instituições com características asilares como os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs). Essas instituições, historicamente, foram associadas a práticas de violação dos direitos humanos, como a privação de liberdade, maus-tratos e a falta de um tratamento humanizado e individualizado.

A proibição de internação em HCTPs reflete uma mudança de paradigma em relação à abordagem do tratamento de pessoas com transtornos mentais que entram em conflito com a lei. Em vez de confinamento nas instituições com características asilares, o enfoque passou a ser a integração dessas pessoas na comunidade, com a substituição por uma Rede de Serviços de Atenção Psicossocial (RAPS) - como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Residências Terapêuticas. Esta mudança não só busca garantir o respeito à dignidade e à autonomia dos pacientes, mas também promover sua reabilitação psicossocial e a reinserção social, evitando a segregação e o estigma que historicamente acompanharam a internação em instituições psiquiátricas tradicionais.

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo a referida norma, a RAPS é formada pelos seguintes componentes: atenção básica à saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência/emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial (RP) (Brasil, 2011). Esses componentes trabalham de forma integrada para assegurar a efetividade e a continuidade do cuidado, promovendo a recuperação e a reinserção social dos indivíduos atendidos.

De acordo com o Ministério da Saúde, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é constituída por um conjunto integrado e articulado de diferentes pontos de atenção para atender pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes uso prejudicial de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com estabelecimento de

ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado⁵⁷. A assistência em saúde mental no Brasil envolve o Governo Federal, Estados e Municípios.

Nesse sentido, constituem-se como objetivos gerais da Rede (Brasil, 2011, Art.3º):

- I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
- III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Estes objetivos visam proporcionar uma cobertura mais ampla e eficaz, assegurando que as necessidades de saúde mental da população sejam atendidas de maneira abrangente e coordenada.

Importa destacar ainda que a RAPS tem como diretrizes fundamentais a “garantia do acesso e da qualidade dos serviços, oferecendo cuidado integral e assistência multiprofissional sob a lógica interdisciplinar”, além do “desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do Projeto Terapêutico Singular. (PTS)”, (Brasil, 2011, Art.2º, IV; XII). Estas diretrizes são essenciais para promover um atendimento de qualidade, centrado na pessoa e adaptado às suas diversas necessidades, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e suas famílias.

Todavia, a RAPS ainda está em construção e apresenta lacunas importantes. Segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2023), apenas 20% dos municípios brasileiros contam com todos os serviços previstos na RAPS. Este cenário indica a necessidade de contínuos esforços para a implementação completa e eficaz da rede, a fim de garantir o acesso e a qualidade dos serviços a todas as regiões do país. Os CAPS 3 e as Residências Terapêuticas não foram implementados na grande maioria das cidades, o que dificulta o acesso à atenção em saúde mental na comunidade.

No Estado da Paraíba, a implementação de serviços de saúde mental tem avançado significativamente desde a sanção da Lei 7.639 de 23 de julho de 2004, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica na Paraíba. Este marco legislativo possibilitou a expansão e a municipalização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a criação de diversos serviços substitutivos, que visam promover o cuidado em saúde mental de forma mais humanizada e integrada à comunidade.

⁵⁷ Para maiores informações, acessar: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em 02/10/2024.

Em relação a tão importante assunto, discorre Gomes (2013, p.109):

Após a sanção da Lei, o CAPS Gutembergue foi municipalizado e transferido para uma casa no centro da cidade e foram implantados outros serviços substitutivos como o CAPS Caminhar (2001), o Serviço Residencial Terapêutico “Nossa casa” (2007), o CAPSi– Cirandar e o Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM) (2008), o CAPS ad David Capistrano (2010), a Unidade de Acolhimento Infantil e outro Serviço Residencial Terapêutico (2012).

Esses avanços representam um esforço contínuo para fortalecer a rede de atenção psicossocial na região, visando a desinstitucionalização e a melhoria do atendimento às pessoas com transtornos mentais.

A Tabela 7 descreve a distribuição dos serviços e dispositivos de saúde mental nas diferentes regiões de saúde do Estado da Paraíba, conforme dados da Gerência Operacional de Atenção Psicossocial (GOAP) da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba.

TABELA 7: Número de serviços e dispositivos de saúde mental no Estado da Paraíba - 2023

REGIÕES DE SAÚDE	TOTAL CAPS	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	CAPS AD III	SRT	PVC	UA	Uai	CR	LEITOS SM	AMENT I	AMEN T II	AMENT III	TOTAL
01ª Região de Saúde	18	6	3	2	3	1	3	4	3	1	1	4	0	0	0	0	31
02ª Região de Saúde	13	11	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
03ª Região de Saúde	6	6	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	8
04ª Região de Saúde	4	2	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	6
05ª Região de Saúde	7	6	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
06ª Região de Saúde	7	4	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	9
07ª Região de Saúde	10	6	0	1	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	13
08ª Região de Saúde	5	4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
09ª Região de Saúde	7	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
10ª Região de Saúde	4	1	0	1	1	0	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	8
11ª Região de Saúde	5	3	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	2	0	0	9
12ª Região de Saúde	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5
13ª Região de Saúde	3	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
14ª Região de Saúde	6	4	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
15ª Região de Saúde	7	6	0	0	-	0	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	9
16ª Região de Saúde	14	8	1	1	2	1	1	6	55	0	0	1	20	0	0	0	96
Estado da Paraíba	120	76	8	5	14	5	12	15	65	2	3	5	20	4	3	1	238

Fonte: Gerência Operacional de Atenção Psicossocial (GOAP) da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. Atualizado em 27/10/2023

LEGENDA:

AMENT - Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental
 CAPS - Centro de Atenção Psicossocial I, II e III
 CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
 CAPS AD III - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 24 horas
 CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial Infante juvenil
 CR - Consultório na Rua
 LEITOS - Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral
 PVC - Programa de Volta para Casa
 SRT - Serviço Residencial Terapêutico
 UA - Unidade de Acolhimento Transitório
 UAi - Unidade de Acolhimento Transitório - infante juvenil

A análise dos dados gerais da tabela 6 revela que o Estado da Paraíba possui um total de 238 serviços de saúde mental distribuídos nas 16 regiões de saúde. A 16ª Região de Saúde é a que mais contribui para este total, com 96 serviços, seguida pela 01ª Região de Saúde com 31 serviços. Importa destacar que faz parte da Política de Saúde Mental, o Programa de Volta para Casa⁵⁸, que oferece auxílio à reabilitação psicossocial, para pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos.

Para fins desta pesquisa, destacamos o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) dentro do contexto dos serviços gerais de saúde mental. O SRT é um componente essencial da rede de atenção psicossocial, oferecendo moradia protegida para pessoas com transtornos mentais que passaram longos períodos em hospitais psiquiátricos. No Estado da Paraíba, o SRT está presente em 4 das 16 regiões de saúde, totalizando 15 serviços.

A 16ª Região de Saúde se destaca por concentrar a maior parte dos SRTs, com um total de 6 unidades. As Regiões de Saúde 1ª e 15ª possuem 4 e 3 SRTs respectivamente, enquanto a 10ª Região possui uma unidade. As demais regiões não possuem serviços de SRT implementados, o que pode indicar a necessidade de maior atenção e investimentos para garantir a distribuição equitativa desses serviços.

A presença de SRTs é essencial para a efetiva desinstitucionalização e reintegração social de pessoas com transtornos mentais. As regiões que possuem um número desejável de

⁵⁸ O Programa “De Volta para Casa”, criado pelo Ministério da Saúde, é um programa de reintegração social das pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, que tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial, segundo critérios definidos na Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, regulamentado pela Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, como uma das estratégias adotadas pelo órgão, no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental, ancorada na Lei 10.216/2001. O auxílio à reabilitação atua para restituir o direito de morar e conviver em liberdade, bem como promover a autonomia e o protagonismo de seus usuários. Para maiores informações, acessar: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_PVC.pdf. Acesso em 02/10/2024.

SRTs, como as 1ª e 15ª Regiões, estão melhor equipadas para atender à demanda de pacientes que necessitam desse tipo de serviço.

A análise dos dados evidencia a necessidade de uma maior distribuição e implementação dos SRTs em diversas regiões da Paraíba para garantir um suporte adequado e contínuo aos pacientes. Essa disparidade reforça a necessidade de ampliar e distribuir melhor os SRTs no estado, assegurando que o processo de desinstitucionalização ocorra de maneira eficaz e que todos os pacientes recebam o cuidado digno e humanizado a que têm direito.

Figura 2 - Jornal A União: Luta antimanicomial avança na PB

22 de Setembro de 2023
 HUMANIZAÇÃO

Luta antimanicomial avança na PB

Paraíba tem 120 Caps, além de serviços terapêuticos residenciais para atender as pessoas com adoecimento mental

Parabense, a luta antimanicomial avança na Paraíba.



Com o fechamento das instituições psiquiátricas, o maior desafio para os municípios é implementar ou ampliar o rede de atendimento psicossocial

“O tratamento digno e respeitoso às pessoas com transtorno mental ou condição psíquica passa pelo direito ao acolhimento, escuta qualificada, sensibilidade e competência dos profissionais que as atendem e pela compreensão das suas vivências a partir do contexto social, econômico e cultural”. É o que diz a professora do curso de Direito da Universidade Federal da Paraíba (UFFB) e pesquisadora na área de saúde mental e luta antimanicomial, Lucrécia Cordeiro, sobre como garantir um atendimento psicológico respeitoso.

Segundo a especialista, a luta antimanicomial, termo usado para definir a causa que defende o direito das pessoas em sofrimento mental, começou a ganhar força nos anos 1980, com a implementação dos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial nos municípios paraibenses a partir da Reforma Psiquiátrica no Brasil, iniciada em 2003. De acordo com ela, são cerca de 120 Centros de Atenção Psicossocial (Cap) em funcionamento atualmente, além de serviços

vícios residenciais terapêuticos. Em relação ao número de Caps e outros órgãos de capital João Pessoa, a reportagem de A União entrou em contato com a Diretora de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, mas este o fechamento desta edição, nenhuma resposta foi obtida.

Outro aspecto destacado por Lucrécia Cordeiro aconteceu a partir do fechamento de instituições psiquiátricas que ainda tinham características asilares, ou seja, elas ainda trabalhavam com a internação dos pacientes, modelo vedado pela Lei Federal Nº 10.216/2001. Isso é o caso da Clínica São Pedro e do Instituto de Psiquiatria da Paraíba.

Um dos principais desafios da luta ainda é o combate aos estigmas e preconceitos produzidos pela sociedade. “O desafio de produzir uma nova sensibilidade cultural para a causa antimanicomial e o aprofundamento teórico também prioritária para os profissionais e militantes da área, visando sempre os estigmas e preconceitos que ocorrem a respeito da saúde mental. Isso somente será possível em diálogo constante com a sociedade e com ações socioeducativas, que possam contribuir para a desconstrução de tais estigmas”, reforça a pesquisadora.

A principal referência de atendimento psicossocial da Paraíba é o Complexo Psiquiátrico João Pessoa. Segundo o diretor-geral do complexo, Tércio Ramos, somente em 2022 o hospital promoveu mais de 20 mil atendimentos, tanto no setor ambulatorial quanto em políticas integradas, essas incluem tratamentos de massoterapia, musicoterapia, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, entre outros.

De acordo com o complexo, um dos maiores desafios é a implementação de medidas que facilitem a luta antimanicomial, como a distribuição equitativa de intervenções hospitalares, orientadas operadas em diálogo com a comunidade. São cerca de 12 leitos ocupados hoje. Até 2026, pacientes internados ocuparam o máximo de 800 disponíveis em todo. Além disso, o período médio de internação também foi reduzido. A inclusão de familiares como participantes do tratamento em saúde mental, através do fortalecimento dos vínculos e estratégias desospitalizantes pelo Serviço Social para reintegração do paciente ao seu ambiente de origem também contou as estratégias humanizadas dentro do tratamento.

Como Funciona

- Terço ladonês que o complexo funciona em quatro pilares de atuação distintas, sendo eles:
 - Equipe de Atenção à Crise (EAC)** - especializado em urgências e emergências psiquiátricas. O EAC é referência de suporte para todos os municípios da Paraíba, exceto para Região Metropolitana de João Pessoa, que tem como referência prioritária o Pronto Atendimento de Saúde Mental (PASM), localizado no Cristo-mo de Mongobetr.
 - Leitos de Internação Psiquiátrica**, que são utilizados quando se evidencia necessidade de maior tempo para estabilização do quadro de

- sofrimento mental agudo durante o período de atendimento no EAC.
 - Equipe de Políticas Jurídicas**, responsável pelas perícias médicas nos casos de interdito (processo que determina a incapacidade de algumas para atos civis) e curatela (selecção de representante que responde pelas lidas e atos da pessoa interdita), vinculadas ao Tribunal de Justiça do Paraíba;
 - Centro de Saúde Gutemberg Botelho** - ambulatório de saúde mental de João Pessoa. Realiza atendimentos de psiquiatria, psicologia, nutrição, serviço social, odontologia e práticas integrativas e complementares.

De acordo com o complexo, um dos maiores desafios é a implementação de medidas que facilitem a luta antimanicomial, como a distribuição equitativa de intervenções hospitalares, orientadas operadas em diálogo com a comunidade. São cerca de 12 leitos ocupados hoje. Até 2026, pacientes internados ocuparam o máximo de 800 disponíveis em todo. Além disso, o período médio de internação também foi reduzido. A inclusão de familiares como participantes do tratamento em saúde mental, através do fortalecimento dos vínculos e estratégias desospitalizantes pelo Serviço Social para reintegração do paciente ao seu ambiente de origem também contou as estratégias humanizadas dentro do tratamento.

Programa será criado com pactuação do Governo do Estado

Este ano, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) aprovou a resolução nº 487/2023, que determina o fechamento gradual dos hospitais de custódia, ou seja, as pessoas acometidas por transtornos mentais que possuem conflitos com a lei não serão mais atendidas por esses locais, e sim em instituições de saúde mental de saúde pública.

Na Paraíba, temos a Previdência de Psiquiatria Terciária (PTP), funcionando como a política de transição que a resolução pretende executar. O diretor de assistência, Rogério Cordeiro, afirmou que em abril foi formado, pelo Conselho do Estado, pelo Tribunal de Justiça da Paraíba (TJPB) e por outros representantes de várias instituições públicas, um termo de cooperação técnica para implantação do Programa de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conformidade com a Lei do Estado da Paraíba (Lei nº 7.978). O intuito do projeto é implantar uma política antimanicomial no sistema de justiça do estado possibilitando a reinserção das pessoas e alinhando com as características asilares.

Ele declarou, ainda: “Atualmente, estão sendo realizadas reuniões periódicas com integrantes do Núcleo de Atividades Judiciais (NAJ) com representantes do Ministério Público Estadual, Defensoria Pública, secretarias de Saúde e gestores municipais com o objetivo de criar fluxos que se adequem à Resolução nº 487/2023”.

Hoje, a instituição abriga 120 internos, sendo 90 homens e 30 mulheres. A maioria é de origem custodiada em dependência da PTP, os internos em questão ficam no Complexo Psiquiátrico João Pessoa. Rogério explicou que, dentro os internos, 30 são orientados à medida de segurança de internação. Os demais são promovidos em estágios orientados à pessoa inscrita de liberdade, oriundos de unidades prioritárias que necessitam de tratamento psiquiátrico.

O diretor de João Pessoa concordou com a resolução 487 do CNJ e a considerou justa e adequada, além de não viciar qualquer impacto negativo ao complexo psiquiátrico. “Basta se de um atendimento que pretende



Atacabém, instituição abriga 102 internos, sendo 60 homens e 42 mulheres



Estão sendo realizadas reuniões periódicas com o objetivo de criar fluxos que se adequem à Resolução Nº 487/2023

resguardar o direito de pessoas com diagnóstico de transtorno mental e que se encontram em conflito com a lei. A referida resolução pretende efetivar o que Marinho acabou de declarar em sede de Reforma Psiquiátrica”, acrescentou Tércio Ramos.

Apesar da positiva medida, o diretor alerta para o cuidado com a implementação das novas políticas. “Precisamos alertar que a medida de fechamento dos hospitais de custódia, em específico, a Pre-

vidência de Psiquiatria Terciária da Paraíba, deve ser fortemente planejada e permitida ao paciente o ingresso daquela instituição sendo acolhido integralmente na Rede de Atenção Psicossocial”, ele argumenta.

Em contrapartida, o diretor de fiscalização do Conselho Regional de Medicina da Paraíba (CRM-PB) acredita que, antes das decisões de fechamento das instituições psiquiátricas, é necessário fortalecer prioritariamente o atendimento primário à saúde mental e os Centros de Atenção Psicossocial (Cap), para garantir o atendimento e acompanhamento dos pacientes psiquiátricos. “Atualmente no nosso país as prioridades de políticas públicas são invertidas. O fechamento dos hospitais, mesmo que gradual, implicará em desorientação, desorientação do cidadão e saúde e necessidade de internamento de pacientes psiquiátricos em hospitais gerais, entre outras sem equipe de saúde especializada e integrada”, disse.

A figura 2 apresenta a matéria “A Luta Antimanicomial Avança na PB”, veiculada no jornal A União, em 10 de setembro de 2023, e destaca os avanços e desafios enfrentados na Paraíba em relação à saúde mental e à implementação da Política de Saúde Mental. O texto aborda a evolução dos serviços de atenção psicossocial no estado, destacando a importância do acolhimento digno e respeitoso às pessoas com transtorno mental, além de discutir a Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) para o fechamento gradual dos Hospitais de Custódia.

Na matéria em foco, a Professora Ludmila Correia, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), ressalta a evolução da Política de Saúde Mental desde a Reforma Psiquiátrica de 2001, mencionando a existência de cerca de 120 Centros de Atenção Psicossocial (Caps) no estado. E o diretor da Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF), Rogério Gominho, destaca a cooperação técnica entre diversas instituições públicas para a implantação do Programa de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei na Paraíba (PROA-PB). Ele ressalta a importância de criar fluxos adequados à resolução do CNJ, visando à política antimanicomial no sistema de justiça estadual.

Entretanto, o diretor de fiscalização do Conselho Regional de Medicina da Paraíba (CRM-PB) expressa preocupações com a desassistência e descontinuidade do cuidado à saúde mental resultantes do fechamento dos hospitais de custódia. Ele defende o fortalecimento da atenção primária e dos CAPS para garantir o acompanhamento adequado dos pacientes psiquiátricos.

Em síntese, a matéria evidencia os avanços e desafios da Política de Saúde Mental na Paraíba, destacando a importância da Reforma Psiquiátrica e da Resolução nº 487/2023 do CNJ para garantir um tratamento digno e respeitoso às pessoas com transtorno mental.

A Tabela 8 apresenta de forma detalhada a distribuição dos serviços de saúde mental que ainda necessitam ser implantados nas diversas regiões de saúde do Estado da Paraíba, conforme a pactuação de 2013, de acordo com a Gerência Operacional de Atenção Psicossocial (GOAP) da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba:

Tabela 8: Número de Serviços Gerais que faltam ser implantados no Estado da Paraíba - Pactuação 2013

REGIÕES DE SAÚDE	TOTAL CAPS	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPS AD	CAPS AD III	SRT	PVC	UA	Uai	CR	CC	LSM	TOTAL
01ª Região de Saúde	9	0	1	1	4	0	3	4	0	3	3	3	2	50	74
02ª Região de Saúde	6	4	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	12	20
03ª Região de Saúde	5	2	0	0	2	0	1	0	0	1	2	0	0	8	16
04ª Região de Saúde	2	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	9	13
05ª Região de Saúde	3	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	12	17
06ª Região de Saúde	6	2	1	1	0	0	2	0	0	1	1	1	3	14	26
07ª Região de Saúde	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	12	16
08ª Região de Saúde	3	2	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	5	10
09ª Região de Saúde	2	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	7	14
10ª Região de Saúde	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	5	8
11ª Região de Saúde	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5
12ª Região de Saúde	6	3	0	0	2	0	1	0	0	1	1	0	1	8	17
13ª Região de Saúde	2	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	6	9
14ª Região de Saúde	4	2	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	8	14
15ª Região de Saúde	4	1	1	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	8	14
16ª Região de Saúde	5	1	0	1	2	0	1	0	0	2	1	1	0	1	10
Estado da Paraíba	60	23	6	4	16	0	11	6	0	18	15	6	9	169	283

Fonte: Gerência Operacional de Atenção Psicossocial (GOAP) da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. Atualizado em 15/10/2023

LEGENDA:

RS - Região de Saúde

CAPS I - Centro de Atenção Psicossocial - 15 mil habitantes

CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial - 70 mil habitantes

CAPS III - Centro de Atenção Psicossocial - 24 horas

CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS AD III - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - 24 horas

SRT - Serviço de Residência Terapêutica

PVC - Programa de Volta para Casa

UA - Unidade de Acolhimento Transitório

UAi - Unidade de Acolhimento Transitório - infanto juvenil

CR - Consultório na Rua

CC - Centro de Convivência

LSM - Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral

A análise da citada tabela destaca, em particular, o Serviço de Residência Terapêutica (SRT), além de fornecer uma visão geral dos outros serviços em déficit. No Estado da Paraíba, a totalidade de serviços faltantes soma 283. Estes serviços estão divididos em várias categorias específicas de saúde mental. A seguir, são apresentados alguns pontos principais: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): CAPS I: 23; CAPS II: 6; CAPS III: 4; CAPS i: 16; CAPS AD: 0; CAPS AD III: 11; Serviços de Residência Terapêutica (SRT): 6; Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral (LSM): 169; Consultórios na Rua (CR): 6;

Os SRTs desempenham um papel fundamental no processo de desinstitucionalização e na oferta de cuidados continuados para pessoas com transtornos mentais graves. A seguir, a distribuição de SRTs que faltam ser implantados por região de saúde: 1ª Região de Saúde: 4 e 9ª Região de Saúde: 1.

Nesse horizonte de compreensão, a 1ª Região de Saúde apresenta a maior necessidade de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), com um déficit de quatro unidades a serem implantadas. Este déficit sugere uma elevada demanda por cuidados residenciais na região, necessitando de atenção prioritária. Tal situação pode estar relacionada ao fato da capital do estado concentrar o maior número de hospitais psiquiátricos já desativados, o que reforça a urgência de medidas para suprir lacunas no cuidado em saúde mental e garantir assistência adequada à população.

A 9ª Região de Saúde requer a implantação de 1 SRT, indicando uma menor, mas ainda significativa, necessidade de expansão desses serviços. Ademais, a necessidade de 169 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral destaca uma lacuna substancial na infraestrutura hospitalar para atendimento de saúde mental, essencial para suporte em crises e tratamentos intensivos. Com 9 Centros de Convivência faltantes, há uma demanda por espaços

comunitários que promovam a reintegração social e o apoio psicossocial aos pacientes. Em relação a Unidades de Acolhimento Transitório (UA e UAi)⁵⁹, são requeridas 18 UA e 15 UAi para fornecer suporte transitório a pacientes, essenciais para a estabilização de casos agudos e apoio temporário durante crises.

A análise dos dados revela uma necessidade de implantação de serviços de saúde mental no Estado da Paraíba, especialmente dos SRTs e leitos em hospitais gerais. A distribuição desigual e a falta desses serviços em várias regiões destacam a necessidade de políticas públicas eficazes e investimentos direcionados para equilibrar essa oferta e assegurar um atendimento adequado e humanizado em todo o estado. A implementação completa desses serviços é essencial para promover a desinstitucionalização e garantir a continuidade do cuidado em saúde mental, alinhando-se aos objetivos da reforma psiquiátrica.

A comparação entre as duas tabelas revela um panorama complexo e desafiador no que diz respeito à oferta de serviços de saúde mental no Estado da Paraíba. Enquanto a tabela de 2023 demonstra um esforço considerável na implementação de uma ampla gama de serviços, incluindo Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços de Residência Terapêutica (SRT) e Consultórios na Rua (CR), a tabela de pactuação (de 2013) evidencia lacunas significativas na cobertura desses serviços em várias regiões de saúde.

Embora o aumento no número de serviços implantados ao longo dos anos represente um avanço no acesso à assistência em saúde mental, as discrepâncias entre as regiões, especialmente em relação aos SRTs, indicam a necessidade de uma distribuição mais equitativa desses recursos. Além disso, a persistência de déficits em serviços essenciais, como leitos em hospitais gerais e centros de convivência, ressalta a urgência de investimentos contínuos e políticas públicas eficazes para garantir uma cobertura abrangente e de qualidade em todo o estado.

Em suma, a análise comparativa das duas tabelas evidencia tanto os progressos realizados quanto os desafios remanescentes no contexto da saúde mental na Paraíba. É fundamental que os gestores de saúde e os formuladores de políticas utilizem essas informações para orientar estratégias de intervenção que visem reduzir as disparidades

⁵⁹ A atenção residencial de caráter transitório é um componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e é composta por dois pontos de atenção: a Unidade de Acolhimento (UA) e os Serviços de Atenção em Regime Residencial. A Unidade de Acolhimento oferece cuidados contínuos de saúde para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. É indicada em casos de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. Seu funcionamento é de 24 horas, em ambiente residencial. Podem ser de dois tipos: Unidade de acolhimento Adulto maiores de 18 anos e Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil, destinadas a jovens e adolescentes. Para maiores informações, acessar: [Serviços Residenciais de Caráter Transitório](#). Acesso em 02/10/2024.

regionais e fortalecer ainda mais o sistema de atenção psicossocial, garantindo o pleno atendimento das necessidades da população paraibana.

3.1 Resolução 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) são destinados ao cumprimento da Medida de Segurança e tratamento das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. O que a Resolução faz é determinar que essas pessoas inimputáveis, que não entendem a ilicitude de sua conduta, passem a ser atendidas pela estrutura da rede de atenção psicossocial do SUS.

Como já mencionado, o Conselho Nacional de Justiça criou um Grupo de Trabalho “Damião Ximenes Lopes”⁶⁰, que estruturou uma minuta de Resolução para instituir uma Política Judiciária com uma perspectiva antimanicomial. Em 2023, a referida proposta foi aprovada pelo Plenário, dando origem à Resolução CNJ n. 487/2023.

De acordo com a minuta de Resolução do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) - em sua exposição de motivos - a proposta foi elaborada de forma colaborativa, envolvendo diferentes entidades e grupos de trabalho. Resultado de discussões e contribuições de diversos órgãos, a proposta foi estruturada por unidades específicas com o objetivo de superar desafios relacionados à promoção da saúde mental:

Construída a muitas mãos, a proposta é resultado das discussões do Grupo de Trabalho para realização de estudos e medidas voltadas à superação das dificuldades relativas à promoção da saúde mental, instituído pela Portaria CNJ nº 142, de 18 de maio de 2021, e das contribuições de coordenações estaduais do Programa Fazendo Justiça, tendo sido estruturada pela Unidade de Monitoramento e Fiscalização das Decisões e Deliberações da Corte Interamericana de Direitos Humanos - UMF, Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medida Socioeducativa - DMF e Programa Fazendo Justiça.

Ademais, foi publicado um manual para subsidiar a implementação da normativa mencionada e consolidar um passo significativo na busca pela universalização do direito à saúde desse público (Brasil, 2023, p.11), sendo destinado à orientação de tribunais e

⁶⁰ Segundo a página especial do site do CNJ: As discussões em torno do tema da saúde mental ocorreram no GT CNJ Caso Ximenes Lopes vs. Brasil (Portaria CNJ n. 142/2021). O grupo foi coordenado pela Unidade de Monitoramento e Fiscalização das Decisões da Corte IDH – UMF/CNJ no contexto de monitoramento das medidas de cumprimento da sentença da Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH) no caso Ximenes Lopes vs. Brasil. As atribuições do GT incluíam a proposição de eventos de formação inicial e continuada sobre os parâmetros internacionais de direitos humanos relacionados ao tratamento das pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial. Para maiores informações: [Política Antimanicomial do Poder Judiciário - Portal CNJ](#). Acesso em 01/04/2024.

magistrados (as) quanto à sua implementação (art.23, p. único, da Resolução 487/2023). Importa destacar que, embora o referido manual seja especificamente direcionado ao Poder Judiciário, ele impacta a atuação de todo o Sistema de Justiça, bem como sua interação com o Poder Executivo.

A referida norma estabeleceu os seguintes prazos, considerando as respectivas datas: Publicação da Resolução: 27/02/2023 (DJe/CNJ n. 36/2023, de 27 de fevereiro de 2023, p. 2-8) e Entrada em vigor da Resolução: 28/05/2023 (noventa dias após publicação da Resolução) — art. 24:

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

Contudo, o CNJ prorrogou por três meses o prazo para que tribunais, estados e municípios implementem a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, conforme estabelecido na referida Resolução. A decisão foi tomada de forma unânime durante a análise do Ato Normativo 0007026-10.2022.2.00.0000 pelo Plenário Virtual do CNJ. As justificativas foram apresentadas pelo Conselho de Presidentes dos Tribunais de Justiça (CONSEPRE), e o objetivo é que os estados realizem ações que promovam concreta e gradualmente a Política Antimanicomial, além de organizar seus equipamentos de saúde e demais políticas para acolhimento e tratamento de qualidade para esse público⁶¹. Sendo assim, foram apresentados os novos prazos, considerando as seguintes datas:

- Determinação de elaboração de PTS — Data final: 26/08/2024
- Interdição parcial — Data final: 28/02/2024
- Interdição total — Data final: 28/08/2024

⁶¹ Para maiores informações, acessar: [Política antimanicomial: estados e municípios terão mais prazo para implementação - Portal CNJ](#)

O relatório do CNJ que deu o deferimento da prorrogação dos prazos previstos na norma do Conselho por mais 3 (três) meses, destaca a ineficácia das tratativas promovidas pelos Tribunais de Justiça com o Poder Executivo em diversas localidades, conforme narrado pelo CONSEPRE:

Os Tribunais de Justiça têm promovido tratativas com o Poder Executivo de suas respectivas localidades, contudo, sem resultados frutíferos que possibilitem o cumprimento dos prazos fixados na Resolução CNJ 487/2023, “uma vez que têm se deparado com respostas pela impossibilidade de oferecimento de estrutura adequada para o tratamento de pessoas com necessidades especiais devido a transtornos mentais” (CNJ, 2023, p.4)

Em agosto de 2024, o Plenário do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) aprovou por unanimidade a decisão que estabeleceu o prazo final de 29 de novembro de 2024⁶² para que os tribunais solicitem a prorrogação dos prazos referentes à implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, conforme a Resolução CNJ 487/2023.

A medida visa possibilitar que estados que ainda não implementaram integralmente a política possam planejar e executar as ações necessárias para sua efetivação, incluindo a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), a revisão dos processos de medidas de segurança além da interdição parcial ou total de estabelecimentos psiquiátricos ou similares.

Em outubro de 2024, as ações contra a Resolução do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que instituiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, foram discutidas no âmbito jurídico por meio das Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIs) 7389, 7454 e 7566, além da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 1076. Essas ações foram propostas, respectivamente, pelo partido Podemos, pela Associação Brasileira de Psiquiatria, pela Associação Nacional dos Membros do Ministério Público e pelo partido União Brasil.

O processo de desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei tem sido uma preocupação crescente no Brasil, refletindo-se em diversas iniciativas normativas e administrativas. Desde 2021, na Paraíba, foi publicada a Resolução do Comitê Intergestores Bipartite (CIB-PB) nº 19, que aprovou o Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei no Estado da Paraíba, reforçando o compromisso estadual com essa causa. Inegavelmente, o processo de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei no Brasil reflete uma mudança significativa na abordagem da saúde mental e do sistema de justiça. Esta mudança busca

⁶² Para maiores informações, acessar o link: [Tribunais poderão solicitar mais prazo para implementar política antimanicomial - Portal CNJ](#) Acesso em 01/10/2024

garantir o tratamento adequado e humanizado dessas pessoas, promovendo sua reintegração à sociedade. As iniciativas legislativas e administrativas, como a Portaria n.º 94/2014 e a Resolução CIB-PB n.º 19, são marcos importantes que estabelecem diretrizes e planos de ação específicos para essa população, evidenciando um compromisso com a desinternação e o cuidado integral no âmbito do SUS.

No decorrer de 2023, ocorreram importantes avanços no Estado da Paraíba. Em 25 de abril de 2023, foi assinado o Termo de Cooperação Técnica para a implantação do Programa de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei do Estado da Paraíba (PROA-PB). Este termo objetiva “estabelecer as responsabilidades e as condições técnicas e operacionais para a efetiva implantação do programa, por meio da cooperação mútua entre as entidades envolvidas”⁶³. Em 5 de junho de 2023, o Tribunal de Justiça da Paraíba constituiu o Núcleo de Analistas Judiciários (NAJ), cuja atribuição específica é “realizar, a pedido dos juízos de conhecimento e execução penal, estudos e pareceres com sugestões de medidas adequadas para questões relativas às pessoas com transtornos mentais e qualquer forma de deficiência psicossocial em conflito com a lei”⁶⁴.

Finalmente, em 6 de dezembro de 2023, foi realizada uma reunião do Grupo Gestor do PROA-PB, com pautas importantes como a “definição dos profissionais da Equipe Multiprofissional de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtornos Mentais em Conflito com a Lei (EAP) e a análise de casos específicos de desinternação da Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF), com encaminhamento para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) municipais”⁶⁵.

Ademais, os avanços recentes na Paraíba, como a criação do PROA-PB e do NAJ, demonstram um esforço concreto para operacionalizar essa política de desinstitucionalização. As ações coordenadas entre o sistema de justiça, saúde e entidades de apoio social são fundamentais para assegurar que as medidas terapêuticas sejam efetivas e que a desinternação seja acompanhada por suporte contínuo nos CAPS municipais.

É importante destacar que, ao consultarmos o Painel de Ações Estaduais, referente à implementação e monitoramento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário —

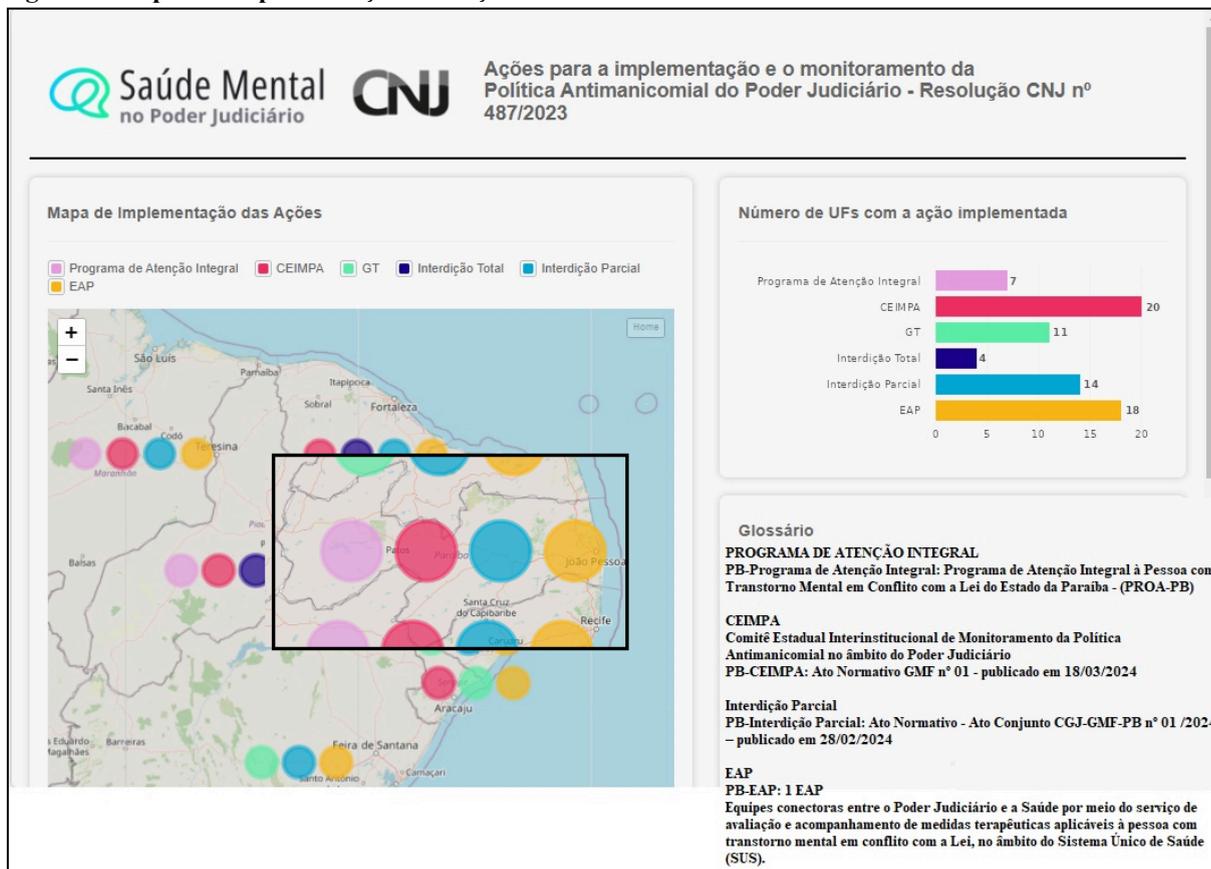
⁶³ Para maiores informações: [Saúde assina termo de cooperação técnica para implantação de programa de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei — Governo da Paraíba](#). Acesso em 01/04/2024.

⁶⁴ Para maiores informações: [TJPB cria Núcleo voltado às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei | Tribunal de Justiça da Paraíba](#). Acesso em 01/04/2024.

⁶⁵ Para maiores informações: [Ações avançam para implementação da Política Antimanicomial, e profissionais da EAP atuarão em 2024 | Tribunal de Justiça da Paraíba](#). Acesso em 01/04/2024.

Resolução CNJ nº 487/2023, disponível na página do CNJ, os dados mais recentes do Estado da Paraíba (2024) são apresentados em destaque, conforme a Figura 3:

Figura 3 Mapa de implementação das ações da Política Antimanicomial do Poder Judiciário - Paraíba



Fonte: Pagina da Política Antimanicomial do Poder Judiciário - CNJ (adaptado), 2024

A Paraíba encontra-se entre os estados que implementaram de forma significativa as diretrizes da política antimanicomial. Nas seis ações dedicadas no painel, a Paraíba conta com quatro implementações importantes:

1. **Programa de Atenção Integral (PROA-PB):** O Programa de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei do Estado da Paraíba – PROA-PB, criado pelo Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei do Estado da Paraíba, visa integrar os procedimentos dos juízos de conhecimento e execução penal às ações de atenção biopsicossocial em conformidade à Lei n.º 10.216/2001, o Decreto n.º 6.949/2009 e a Lei n.º 13.146/2015, priorizando o atendimento em meio aberto, nos serviços territoriais de base comunitária da rede pública de saúde.

2. **CEIMPA (Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial):** O CEIMPA tem por objetivo dar cumprimento à Resolução CNJ nº 487/2023, que instituiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, por meio de procedimentos para o tratamento das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial que estejam custodiadas, sejam investigadas, acusadas, réus ou privadas de liberdade, em cumprimento de pena ou de medida de segurança, em prisão domiciliar, em cumprimento de alternativas penais, monitoração eletrônica ou outras medidas em meio aberto, e conferir diretrizes para assegurar os direitos dessa população; e propor e acompanhar ações articuladas visando a desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial em conflito com a lei e à promoção de seus direitos.
3. **Interdição Parcial:** O Ato Conjunto nº 01/2024 emitido pela Corregedoria-Geral de Justiça da Paraíba e pelo Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e Socioeducativo da Paraíba (GMF) determinou a interdição parcial da Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF), proibindo-se o ingresso de novos pacientes em suas dependências a partir de 28 de fevereiro de 2024.
4. **EAP (Equipes de Avaliação e Acompanhamento):** A Paraíba também conta com uma Equipe Multiprofissional de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtornos Mentais em Conflito com a Lei (EAP), que faz a interface entre o sistema de justiça e o sistema de saúde. As EAPs têm o papel de avaliar e monitorar as medidas terapêuticas aplicadas às pessoas com transtorno mental, garantindo o acompanhamento adequado no Sistema Único de Saúde (SUS).

Essas ações refletem o comprometimento do Estado da Paraíba com a implementação de uma política humanizada para pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, promovendo a inclusão dessas pessoas no sistema de saúde público e o respeito aos seus direitos, conforme preceitos estabelecidos pela Resolução CNJ nº 487/2023. Esse panorama reforça a relevância da Paraíba na construção de um modelo de gestão interinstitucional que se alinha com as diretrizes nacionais de saúde mental e direitos humanos, promovendo o acompanhamento contínuo e a implementação de políticas que valorizam o tratamento humanizado.

3.2 Resistências e obstáculos à mudança de paradigma

Os Manicômios Judiciários têm sido alvo de intensos debates e questionamentos em relação à sua legitimidade, efetividade e, principalmente, aos inúmeros problemas e violações de direitos humanos associados a essas instituições. Compreender os desafios e buscar perspectivas para o seu fim é um passo fundamental na construção de um sistema de cuidado em saúde mental mais justo, humano e inclusivo.

No entanto, o fim dos Manicômios Judiciários enfrenta uma série de adversidades. Dentre elas, destacam-se a resistência de setores conservadores, a falta de recursos para investir em alternativas adequadas, a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde e do sistema de justiça, além da ampliação de uma rede de cuidados comunitários eficiente e acessível. Superar esses desafios requer uma abordagem interdisciplinar, envolvendo a participação ativa da sociedade civil, profissionais da saúde, do direito, da assistência social, entre outras categorias.

Inicialmente, a Resolução do CNJ nº 487/2023, representa um marco importante no debate sobre o fechamento gradual dos HCTPs no Brasil. A medida adotada pelo CNJ é fundamentada em uma série de princípios e normas nacionais e internacionais que preconizam o tratamento em liberdade, a inclusão social e a proteção humana como pilares do cuidado em saúde mental.

No entanto, é importante destacar que a referida Resolução tem gerado debates e controvérsias, encontrando resistência por parte de diversas entidades médicas. Argumentos contrários à essa medida são reforçados pela nota conjunta do Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Associação Médica Brasileira (AMB), Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e Federação Médica Brasileira (FMB).

Essas organizações alegam que os HCTPs cumprem um papel importante no tratamento e na avaliação de pessoas que representam riscos à sociedade, ressaltando que a desinstitucionalização deve ser concomitante de medidas efetivas de segurança e suporte para pacientes e suas famílias. Além disso, argumentam que a estruturação adequada e o fortalecimento dos HCTPs poderiam resultar em melhores resultados terapêuticos.

Segundo as organizações, a norma, que propõe o fechamento dessas instituições e a reintegração dos pacientes à sociedade, é vista como uma ameaça à segurança pública.

Com efeito, as referidas entidades emitiram um alerta urgente à sociedade brasileira sobre o perigo representado pelo fechamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico:

Alerta urgente à sociedade brasileira

Faltam sete dias para, 5.800* criminosos (matadores em série, assassinos, pedófilos, latrocidias, dentre outros) sentenciados que cumprem penas em Hospitais Psiquiátricos de Custódia comecem a soltos se valendo do disposto na Resolução nº 487 do Conselho Nacional de Justiça. Esse documento é um perigo para a população brasileira, pois determina o fechamento desses Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e diz que todas essas pessoas (criminosos) voltariam para a sociedade e fariam tratamento junto com a comunidade, se assim, essas pessoas quiserem.

(...)

Nós, médicos, não fomos consultados sobre essa medida que trará mudanças profundas para a saúde mental pública brasileira e também para a segurança pública, mas nos reunimos e viemos publicamente, mais uma vez, nos manifestar contra a Resolução nº487.

São muitos alertas! O sistema público de saúde e o sistema prisional comum não estão preparados para receber todas essas pessoas, por isso haverá abandono do tratamento médico, aumento da violência, aumento de criminosos com doenças mentais em prisões comuns, recidiva criminal, dentre outros prejuízos sociais.

Estamos diante de uma situação calamitosa e urgente, pois a partir de 15 de maio de 2023 a Resolução começará a valer e mais nada poderá ser feito, por isso precisamos que essa decisão seja revogada. 8 de maio de 2023⁶⁶.

Sobre tão relevante assunto, Amarante (2023) chama a posição das entidades médicas de imputável e nos orienta: “É curioso ler na nota que as pessoas anteriormente inimputáveis pela psiquiatria e internadas em Manicômios Judiciários devido a supostos transtornos mentais, são agora referidos como criminosos, matadores em série, assassinos, pedófilos, latrocidias, entre outros”.

Ainda de acordo com Amarante (2023), os Hospitais de Tratamento e Custódia são considerados instituições ultrapassadas, incapazes de oferecer cuidados adequados e de ressocializar, podendo se transformar em campos de concentração. Criticados por encobrir objetivos de violência social e estatal, esses locais empregam práticas que excluem segmentos sociais de políticas públicas por parte da sociedade e do Estado, sob a justificativa de higiene pública e ordem social.

Constata-se também que na data em que a Resolução do CNJ nº 487 entrou em vigor - 15 de maio de 2023 - conteúdos enganosos sobre a medida viralizaram nas redes. Vídeos, textos e áudios alertam à população que “5,8 mil internos dos HCTPs voltarão às ruas”, além disso “criminosos que ficaram no imaginário popular logo estarão livres, como o Maníaco do

⁶⁶ Para maiores informações: [CFM apoia manifestação contra fechamento de Hospitais de Custódia e Tratamentos Psiquiátricos](#). Acesso em 05/02/2024..

Parque, Chico Picadinho, Champinha, o Bandido da Luz Vermelha⁶⁷ e até Adélio Bispo, autor da facada contra Jair Bolsonaro em 2018⁶⁸.

Para alertar e conscientizar a população sobre os perigos do compartilhamento de informações falsas, os meios de comunicação criaram Painéis de Checagem de Fake News. Nesse sentido, tais informações falsas e distorcidas ensejaram que o CNJ em seus canais oficiais, publicasse conteúdo sobre a referida Resolução⁶⁹.

O fim dos Manicômios Judiciários é um tema que gera diversas controvérsias e desafios, encorajando uma análise cuidadosa de diferentes perspectivas. Sobre a questão, o deputado federal Kim Kataguiri (União-SP) propôs um Projeto de Decreto Legislativo⁷⁰ que susta a aplicação da Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023 do CNJ. Sobre a relevância do tema, destacamos as audiências ocorridas na Comissão de Segurança Pública da Câmara dos Deputados em 03/05/2023, com o tema: Política antimanicomial no processo penal - Resolução nº 487/2023-CNJ⁷¹ e a da Comissão de Direitos Humanos do Senado Federal, ocorrida em 22/05/2023⁷², onde os debatedores manifestaram opiniões divergentes quanto à referida Resolução.

Em outubro de 2024, o Supremo Tribunal Federal (STF) começou a julgar quatro ações que questionam a Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). A questão é objeto das Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI) 7389, 7454, 7566 e da

⁶⁷ Francisco de Assis Pereira, mais conhecido como **Maníaco do Parque**, em 1998, estuprou e matou, ao menos, sete mulheres, e tentou assassinar outras nove. Foi condenado por crimes de estupro, estelionato, atentado violento ao pudor e homicídio. Seus crimes ocorreram no Parque do Estado, situado na zona sudeste de São Paulo. Atualmente cumpre pena na Penitenciária de Iaras, interior de São Paulo.

Francisco da Costa Rocha, mais conhecido como **Chico Picadinho** foi condenado pelos assassinatos de duas mulheres, em 1966 e 1976, respectivamente. Os homicídios seguiam o mesmo roteiro: as vítimas eram estranguladas e espartilhadas. Atualmente, passados mais de 50 anos, Chico Picadinho ainda está recluso na Casa de Custódia de Taubaté em São Paulo.

João Acácio Pereira da Costa, conhecido como **Bandido da Luz Vermelha**, foi condenado por 4 assassinatos e inúmeros assaltos na década de 1960 em Curitiba (PR). Segundo um dos posts virais, ele também estaria prestes a ganhar as ruas novamente. Ocorre que João Acácio morreu há 25 anos, em janeiro de 1998.

⁶⁸ **Adélio Bispo de Oliveira**, o autor da facada contra Jair Bolsonaro em setembro de 2018, durante a campanha eleitoral em Minas Gerais, também é apontado como um dos candidatos à liberdade por conta da Resolução. Mas, ela também não se aplica ao caso de Adélio, que não está internado em um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, e sim preso em um presídio federal em Campo Grande (MS). Para maiores informações, ver: [Para desinformar sobre resolução do CNJ, postagens dizem que autores de crimes graves serão soltos - Estadão](#). Acesso em 03/07/2023.

⁶⁹ Para maiores informações acessar o canal do CNJ disponível em: [Você pode ter visto pela internet informações falsas ou distorcidas sobre a Resolução 487 do CNJ](#). Acesso em 20/07/2023.

⁷⁰ Para maiores informações acessar o Projeto de Decreto Legislativo PDL 81/2023. Disponível em: [PDL 81/2023](#). Acesso em 20/07/2023.

⁷¹ Para maiores informações acessar a audiência. Disponível em: [Comissão de Segurança Pública e Combate ao Crime Organizado Política antimanicomial no processo penal - Resolução nº 487/2023-CNJ - 03/05/2023](#). Acesso em 20/07/2023.

⁷² Para maiores informações acessar a audiência. Disponível em: [Comissão de Direitos Humanos celebra Dia Nacional da Luta Antimanicomial - TV Senado](#). Acesso em 20/07/2023.

Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 1076⁷³. As ações foram movidas pelo partido Podemos, pela Associação Brasileira de Psiquiatria, pela Associação Nacional dos Membros do Ministério Público e pelo partido União Brasil, que argumentam que a Resolução viola direitos fundamentais e compromete a segurança pública ao permitir o fechamento de hospitais de custódia e a soltura de indivíduos com transtornos mentais que não estariam aptos para a ressocialização.

As entidades contrárias à Resolução argumentam que ela invade competências do Legislativo e do Executivo, desrespeita o Código Penal, e coloca em risco tanto a saúde pública quanto a segurança, além de comprometer os direitos das pessoas com transtornos mentais que necessitam de internação para o tratamento adequado. Também apontam a insuficiência de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de profissionais capacitados para lidar com a demanda crescente de pacientes de saúde mental.

Por outro lado, o CNJ defende que a Resolução regulamenta disposições previstas na Lei 10.216/2001 e na Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, buscando garantir o direito à saúde das pessoas com transtornos mentais. A Advocacia-Geral da União (AGU) ressaltou os avanços trazidos pela Resolução, como a elaboração de mais de 2.500 projetos terapêuticos e a reintegração de 1.400 pacientes ao convívio familiar.

É importante destacar que o CNJ estabeleceu que os tribunais deverão até 29 de novembro de 2024 pedir a prorrogação dos prazos para implementar a Resolução. Nesse horizonte de compreensão, entendemos que o modelo manicomial possui uma longa história e está enraizado em estruturas e sistemas. Portanto, o fim dos Manicômios Judiciários enfrenta resistência por parte de instituições, profissionais de saúde e da sociedade em geral, que se sente desconfiada em relação às mudanças propostas. A implementação de alternativas ao modelo manicomial dos HCTPs exige melhor organização do sistema de saúde mental, incluindo o aumento de serviços comunitários de qualidade, equipes multidisciplinares capacitadas e uma ampla rede de apoio. Uma das principais preocupações dos setores conservadores em relação ao fim dos MJs diz respeito à segurança da sociedade. Para tais setores existe o receio de que a desinstitucionalização possa resultar em um aumento de casos de violência e reincidência criminal.

Diante da polarização de opiniões entre entidades médicas e a sociedade civil sobre o fechamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, surge um impasse que

⁷³ Para maiores informações, acessar o link: [STF ouve argumentos em ações contra Política Antimanicomial do CNJ](#) Acesso em 16/10/2024.

transcende as esferas da saúde mental e da segurança pública. Enquanto organizações médicas alertam para os potenciais riscos à população decorrentes da aplicação da Resolução nº 487 do Conselho Nacional de Justiça, destacando a falta de estrutura do sistema de saúde e prisional para absorver os pacientes, autores como Amarante (2023) apontam a obsolescência dessas instituições, enfatizando suas práticas desumanas e excluídas de um contexto de ressocialização. Em meio a essas perspectivas conflitantes, torna-se evidente a necessidade de um diálogo interdisciplinar e uma revisão crítica das políticas públicas vigentes, visando à promoção de uma abordagem mais humanizada e eficaz para o tratamento e a reintegração social das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.

É necessário um trabalho amplo de educação e sensibilização da sociedade para desconstruir estereótipos e preconceitos associados a pessoas em sofrimento mental, promovendo uma melhor compreensão dos casos. Com um compromisso sério com a proteção dos direitos humanos, investimentos adequados e uma abordagem inclusiva e participativa, é possível superar os desafios e caminhar em direção a um sistema de saúde mental mais humano, eficiente e justo.

3.3 O Agir das Vozes Institucionais e o Pensar das Vozes da Lei

O processo de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei é uma questão complexa que envolve a reformulação de práticas e políticas institucionais. Esse movimento não se limita apenas a retirar os indivíduos dos Manicômios Judiciários, mas também visa garantir que recebam tratamento digno, adequado e humanizado. A desinstitucionalização representa uma mudança paradigmática na saúde mental, deslocando o foco da segregação para a inclusão e integração social, com o objetivo de promover os direitos humanos e a cidadania plena.

No entanto, esse processo enfrenta muitos desafios, especialmente na interação entre as diversas vozes institucionais que atuam dentro dessas estruturas. Policiais penais, profissionais de saúde, assistentes sociais e administradores desempenham papéis críticos no cotidiano dos indivíduos institucionalizados. Suas perspectivas, crenças e práticas podem tanto perpetuar a marginalização quanto promover a dignidade e o respeito aos direitos dessas pessoas. Portanto, compreender e reformular a dinâmica interna dessas instituições é fundamental para assegurar a eficácia do processo de desinstitucionalização.

Nesse trabalho, as “vozes institucionais” são oriundas daqueles que ocupam e representam as estruturas que compõem o Manicômio Judiciário. A ação dessas vozes institucionais é central na determinação das condições, tratamentos e direitos dos pacientes. Muitas vezes, as práticas institucionais podem perpetuar a marginalização e a violação dos direitos dos indivíduos sob custódia, levantando questões morais e sociais. Por outro lado, quando conduzidas de acordo com diretrizes éticas, essas mesmas práticas institucionais desempenham um papel fundamental na promoção do respeito pelos direitos humanos e na melhoria das condições de vida e bem-estar daqueles sob custódia.

Nesse sentido, privilegiamos as entrevistas com seis profissionais que atuam na Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba e destacamos a importância de suas perspectivas para compreender a complexidade da instituição e suas práticas. Essas entrevistas foram essenciais para obter uma melhor compreensão das operações e dos desafios enfrentados na instituição. Além disso, a presente pesquisa também envolveu entrevistas com três profissionais que atuam diretamente na interface entre direito e saúde mental, incluindo representantes do judiciário, da saúde pública e da defensoria pública. A análise de suas perspectivas oferece uma visão abrangente sobre as complexidades inerentes ao funcionamento do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP.

Esses profissionais desempenham papéis fundamentais tanto na administração da justiça quanto na promoção da saúde mental, áreas que frequentemente se sobrepõem e entram em conflito no contexto do Manicômio Judiciário. O (a) juiz (a) atua na execução penal, garantindo que as leis e diretrizes sejam seguidas, enquanto o (a) gerente operacional de atenção psicossocial trabalha para assegurar que os cuidados de saúde mental sejam adequados e humanizados. O (a) defensor (a) pública, por sua vez, se dedica à defesa dos direitos dos indivíduos internados, zelando para que seus direitos fundamentais sejam respeitados.

Nesse sentido, a interação “do pensar das vozes da lei” é vital para compreender como as políticas são formuladas e aplicadas, bem como os impactos dessas decisões no cotidiano dos indivíduos internados. Essa análise nos permitirá avaliar de forma crítica os desafios e oportunidades para a melhoria do tratamento dos indivíduos com transtornos mentais privados de liberdade, proporcionando uma base para futuras intervenções e políticas públicas mais eficazes e justas.

Portanto, a partir das entrevistas realizadas, destacam-se questões centrais como a dualidade de funções da instituição, o estigma, a participação familiar, os desafios estruturais e a desinstitucionalização.

Antes de proceder à apresentação das entrevistas realizadas, é necessário dedicar atenção às categorias que estruturam a análise desta pesquisa. Esse esforço inicial visa fornecer uma fundamentação necessária para a compreensão dos temas que serão considerados. Para melhor entendimento das categorias estabelecidas nesta pesquisa, a tabela 9 a seguir apresenta suas principais características e o consolidado de entrevistas.

Tabela 9 Quantitativo de categorias e número de entrevistados

CATEGORIAS	
A dualidade das funções da instituição	
Classificação da Instituição	Nº Entrevistados
Natureza Mista	6
Instituição de Saúde	2
Instituição Prisional	1
O estigma	
Característica	Nº Entrevistados
Dificuldade de reinserção social	4
A participação familiar	
Característica	Nº Entrevistados
Importância da Família no Tratamento Psiquiátrico	5
Os desafios estruturais	
Características	Nº Entrevistados
Condições inadequadas de trabalho	5
Falta de interação entre os setores de segurança e saúde;	
Necessidade de maior investimento em capacitação.	
A desinstitucionalização	
Características	Nº Entrevistados
Desafios relacionados à falta de infraestrutura adequada e à capacidade de absorção dos pacientes	6

Fonte: autoria própria

A tabela apresentada categoriza os principais aspectos analisados na pesquisa e organiza as informações em cinco categorias centrais: a dualidade das funções da instituição, o estigma, a participação familiar, os desafios estruturais e a desinstitucionalização. Cada categoria é acompanhada por características específicas e pela quantidade de entrevistados que abordaram tais aspectos, conferindo objetividade ao levantamento de dados.

A primeira categoria, **a dualidade das funções da instituição**, reflete as opiniões dos entrevistados dos grupos 1 e 2, quando questionados sobre se o HCTP deve ser classificado como uma instituição de saúde ou uma instituição prisional.

As entrevistas realizadas com policiais penais, profissionais de saúde, assistentes sociais e representantes do judiciário revelam que a dualidade de funções do Manicômio Judiciário da Paraíba é um tema preponderante. De um lado, a instituição é vista como um local de tratamento psiquiátrico, necessário para atender uma demanda específica de indivíduos com transtornos mentais. De outro, há o entendimento de que sua função carcerária não pode ser ignorada, uma vez que lida com pacientes que, em muitos casos, cometeram delitos graves, embora não seja apenas o cometimento de delitos graves que caracterizam a função carcerária. Esse caráter híbrido é visto por muitos como inevitável, mas também como um ponto de tensão no processo de desinstitucionalização.

No caso de instituições como os HCTP, a História Oral permite entender como diferentes atores – profissionais da saúde, policiais penais, magistrados e defensores – percebem e vivenciam a dualidade entre a função psiquiátrica e a função custodial dessas instituições. Nesse sentido, as entrevistas realizadas com esses profissionais destacam uma diversidade de perspectivas sobre a natureza da instituição.

Os entrevistados frequentemente classificam o Manicômio Judiciário da Paraíba como uma instituição de natureza mista, ou seja, uma fusão de aspectos prisionais e de tratamento psiquiátrico, referindo-se à dualidade da função da instituição.

Importa considerar que o HCTP é uma instituição que lida com uma população única: as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. A dualidade inerente a essa população cria uma complexidade na classificação da instituição, pois envolve tanto aspectos de saúde mental quanto de justiça criminal. Ademais, o HCTP é uma instituição total, que, conforme definido por Goffman (2008, p.11), se caracteriza como “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por um período específico de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”.

Seis dos nove dos entrevistados dos dois grupos, (E2, E3, E4, E5, E6, E9) reconhecem que o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico possui uma natureza híbrida, integrando tanto aspectos prisionais quanto a saúde. A ideia de uma instituição mista é recorrente nas falas dos entrevistados, sendo considerada um aspecto essencial do Manicômio Judiciário.

Entretanto, conforme afirma Caetano e Tedesco (2021, p.201), “O manicômio judiciário é instituição asilar, um lugar caracterizado essencialmente pela segregação e pela

contenção física ou química do indivíduo, absolutamente incompatível com o tratamento eficaz no modo como é proposto pelas pesquisas e pela prática consolidada na área da saúde mental”. Por consequência, a proposta de uma “instituição mista” mostra-se limitada diante das necessidades de um modelo de cuidado mais humanizado e inclusivo, que prioriza a autonomia do paciente e a integração social, conforme preconizado pela Reforma Psiquiátrica e pelas diretrizes da Lei Antimanicomial.

A dualidade entre as funções do cuidado psiquiátrico e da segurança é vista como uma característica inerente a essa instituição, que acolhe tanto as pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos, quanto aos presos que necessitam de tratamento psiquiátrico durante o cumprimento de suas penas, sendo que a maioria dos entrevistados considera essa coexistência de funções necessárias⁷⁴.

Grupo 1:

“Eu entendo que seja uma instituição mista. Eu não consigo separar. (...) Essa visão é uma instituição que precisa caminhar em conjunto, em sintonia, lado a lado.” Entrevistado (E2).

“É a mistura dos dois. Eu creio que eu trabalho no Instituto de Psiquiatria Forense e creio que eu trabalho na Penitenciária de Psiquiatria Forense. (...)” Entrevistado (E3).

“É uma instituição híbrida, ela pertence ao sistema prisional, mas tem um componente de saúde. (...) É uma instituição prisional que tem uma função de saúde” Entrevistado (E4).

“Eu considero uma natureza mista. Aqui acolho presos comuns que precisam de tratamento psiquiátrico e pessoas sentenciadas à medida de segurança” Entrevistado (E5).

“Eu considero híbrido. É uma instituição prisional, mas que tem a finalidade do tratamento psiquiátrico. Não é apenas privada a liberdade, mas também focando no tratamento psiquiátrico. E aí eu acho que ela se encaixa exatamente nesse, meio aí, híbrido” Entrevistado (E6).

Grupo 2:

“Na verdade, ela são as duas coisas, certo? (...) A instituição prisional não tem o acompanhamento psiquiátrico que a Penitenciária de Psiquiatria Forense tem. Ela tem um diferencial por ter o acompanhamento psiquiátrico.” Entrevistado (E9).

⁷⁴ A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), instituída pela Portaria nº 2.298/2021, visa garantir o cuidado integral no SUS para a população carcerária. Por meio de Equipes de Atenção à Saúde no Sistema Prisional (EAP), composto por profissionais de saúde e ciências sociais, promove avaliações biopsicossociais e Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), em conformidade com a Lei nº 10.216/2001.

Na Paraíba, o Plano Estadual de Saúde (PES) 2024-2027 destaca a existência de 15 equipes de Atenção Primária Prisional (eAPPs) em 10 municípios, embora apenas três estejam habilitadas. A Programação Anual de Saúde (PAS) 2024 que busca fortalecer a política de saúde prisional, com metas como habilitar mais equipes e apoiar municípios na adesão à PNAISP, acaba suprimindo as atuais insuficiências de cobertura no atendimento à população privada de liberdade.

De maneira diversa, os entrevistados (E1 e E7) veem a instituição mais voltada para a saúde, onde os internos são pacientes que precisam de tratamento psiquiátrico:

Grupo 1:

“Saúde. Porque eu vejo o paciente - tanto que eu não chamo preso, eu não chamo o interno - eu chamo paciente. Ele está aqui porque ele está adoecido” Entrevistado (E1).

Grupo 2:

(...) “É a unidade de saúde, porque eles só ficam lá pelo tempo necessário ao tratamento. (...) De saúde, inclusive na nossa portaria, quando os presos são transferidos, os que estão nas penitenciárias, eu deixo lá na decisão: teve alta médica? Ele deve retornar para o estabelecimento penal. Então a questão é, clínica é a alta médica, é questão de saúde. (...)” Entrevistado (E7).

Observa-se que o entrevistado (E1), enfatiza que considera a instituição primordialmente como um espaço de saúde. Além disso, ele(a) refere-se aos internos como pacientes e não como presos ou internos. Ele(a) argumenta que o primeiro passo é sempre avaliar a condição psiquiátrica dos indivíduos, indicando que o tratamento e o cuidado em saúde mental são prioridades. Da mesma forma, o entrevistado (E7), classifica a instituição como uma unidade de saúde. Ele(a) destaca que o tratamento ambulatorial e o acompanhamento contínuo pelo CAPS após a desinternação reforçam a natureza da saúde da instituição, sendo importante lembrar que, conforme o artigo 97, § 3º do Código Penal, a desinternação é sempre condicional.

Por outro lado, o entrevistado (E8) vê o hospital predominantemente como uma instituição prisional, argumentando que, apesar do tratamento de saúde oferecido, a permanência dos internos em celas e o controle pela segurança predominam. Ele observa que o ambiente de confinamento e a gestão pela área de segurança evidenciam sua natureza prisional.

Grupo 2:

“Eu classifico como uma instituição prisional. Apesar de(...) das pessoas dizerem que ali(...) existe um tratamento de saúde é garantido a essas pessoas com transtorno mental, no presídio comum também existe a garantia de saúde, tratamento de saúde! Então, se você está em um ambiente, onde você está fechado, em celas, e você não pode sair(...) ou que o seu tempo de permanência é(...) o tempo que você vai ficar ou não cumprindo aquela medida, interfere no seu direito, para mim é uma Instituição Prisional. Até porque ele é gerido pela parte da segurança, ele não é gerido pela parte da saúde” Entrevistado (E8).

A classificação do HCTP tem implicações legais e éticas significativas. Isso afeta os direitos dos pacientes, o acesso a tratamento de qualidade e o cumprimento de normas de direitos humanos.

Na segunda categoria, encontra-se **o estigma** muitas vezes associado aos pacientes psiquiátricos. Além de serem criminalizados, esses indivíduos enfrentam preconceitos sociais significativos, tanto dentro quanto fora do HCTP. O estigma dificulta a reintegração social, tornando o retorno à vida comunitária um processo cheio de barreiras. A falta de apoio familiar, muitas vezes acentuada por essa estigmatização, aparece como um dos maiores desafios relatados pelos profissionais entrevistados, demonstrando a interseção entre questões sociais e de saúde mental.

De certo, o estigma é um dos maiores obstáculos enfrentados pelos pacientes psiquiátricos internados no Manicômio Judiciário, repercutindo de maneira significativa no processo de tratamento e reintegração social. Esses indivíduos carregam o peso de uma dupla penalidade, sendo vistos não apenas como “criminosos”, mas também como “loucos”, o que gera uma barreira quase intransponível para sua aceitação e reintegração social.

O conceito de estigma, conforme proposto por Erving Goffman, refere-se à “situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena” (1988, p. 4). O estigma gera uma barreira entre o indivíduo estigmatizado e a comunidade, impactando diretamente na forma como ele é percebido e tratado pelos outros.

Na presente categoria a dificuldade de reinserção social emerge como a principal característica, relatada por 4 entrevistados. Nesse sentido, a análise das entrevistas com profissionais como E1, E6, E8 e E9 reforça essa perspectiva, ao apontar que a dificuldade de reinserção social está diretamente vinculada à inclusão tanto no âmbito social quanto familiar, evidenciando como o estigma pode ser um dos principais entraves para a reintegração de indivíduos em contextos de vulnerabilidade social.

Grupo 1:

“A primeira questão é o estigma, né? De dizer que esteve aqui, que passou por aqui. (...) Existe muito ainda enraizado na mente dos familiares aquela ideia de que uma pessoa vai passar anos, meses dentro dessas instituições” Entrevistado (E1).

“Nosso interno (...) tem uma dupla punição na sociedade. Além de ser “criminoso”, é “louco”. Essa dupla punição traz um estigma muito grande na região em que ele mora” Entrevistado (E6).

Grupo 2:

“Ainda não entenderam por que o cuidado em liberdade é importante, e as pessoas ainda não entenderam. E a gente vem agora nesse desafio de reverter uma dívida que temos desde a Lei 10.216” Entrevistado (E8).

“A dificuldade é que, muitas vezes, o delito dele foi contra uma pessoa do laço familiar. Então, trazer de volta para a convivência familiar alguém que já foi agredido, ou que teme ele? É muito difícil” Entrevistado (E9).

Os profissionais entrevistados destacaram que a ausência de apoio familiar, intensificada pelo medo e pelo preconceito, agrava o processo de reintegração dos pacientes.

A volta ao convívio familiar é frequentemente marcada pela resistência das famílias, que muitas vezes temem o retorno desses indivíduos, especialmente em casos de crimes violentos dentro do círculo familiar. Nesses contextos, o estigma associado ao transtorno mental intensifica as dificuldades, gerando barreiras significativas à reintegração social.

Segundo Rosa (2011), as constantes reinternações e a estabilização ou intensificação dos sintomas levam as famílias a experimentarem sentimentos ambivalentes em relação ao sofrimento mental. Embora reconheçam o laço de parentesco — o "meu sangue" —, esses indivíduos também passam a ser percebidos como uma potencial ameaça, o que transforma a forma como são vistos no núcleo familiar.

O problema, portanto, não é apenas clínico, mas social e estrutural, exigindo uma articulação entre saúde mental e conscientização pública. Para mitigar o impacto desse estigma, é fundamental implementar programas permanentes de conscientização da sociedade. A acessibilidade e a naturalização do “modo diferente” de ser, como sugere Weber (2012), são essenciais para que a reintegração desses indivíduos ocorra de forma eficaz. Esse estigma não se limita ao espaço do Manicômio, mas se estende para além das grades, afetando o retorno dos pacientes às suas famílias e comunidades, conforme apontado por diversos entrevistados.

Por fim, ao compreender que o estigma não se limita ao ambiente institucional, mas se prolonga para a vida familiar e comunitária, torna-se evidente a necessidade de políticas públicas que articulem ações de inclusão social, assistência à saúde mental e apoio às famílias. Isso contribuirá para a redução da discriminação e para a construção de uma sociedade mais inclusiva e solidária.

A terceira categoria, **a participação familiar**, enfatiza a importância da família no tratamento psiquiátrico, reconhecida por 5 entrevistados. Essa dimensão evidencia o papel central da rede de apoio familiar na reabilitação e no suporte contínuo aos indivíduos com transtornos mentais.

Nas conversas, discute-se extensamente o papel da família que é considerado um elemento crucial tanto no apoio quanto na ausência durante o processo de tratamento e reintegração dos pacientes. A participação familiar, embora essencial, muitas vezes é prejudicada pela incompreensão e pelo abandono, o que torna ainda mais desafiadora a reinserção desses pacientes na sociedade.

Pesquisas como as de Felício e Almeida (2008) destacam que a abordagem às famílias de pacientes psiquiátricos é um fator decisivo para a resposta terapêutica, enquanto Goodman e Happell (2006) reconhecem que a intervenção familiar não apenas melhora os resultados clínicos, mas também eleva a satisfação do paciente com os serviços. Esses estudos reforçam a relevância de integrar a família como um componente essencial nos tratamentos em saúde mental.

Os entrevistados E1, E3, E5, E6 e E9 destacam a importância da família no processo de tratamento psiquiátrico, ressaltando tanto o papel do apoio familiar quanto aos desafios pelo abandono e pela insegurança diante da reintegração dos pacientes.

Grupo 1:

“Muitas vezes a família fica insegura, tem medo, o estigma que se coloca leva o paciente de volta” Entrevistado (E1).

“Aqui tem muitos que estão abandonados. (...) Quem tem apoio da família, fica mais fácil para o Estado ajudá-los” Entrevistado (E3).

“Uma vez que você faça um tratamento individual para aquele paciente, encaminhe-o para um CAPS, se o familiar não ajudar, o tratamento não vai ser realizado” Entrevistado (E5).

Entrevistado (E6): "O interno precisa do acolhimento familiar porque faz parte do tratamento. Esse acolhimento, né? É muito importante. Ele não se sente abandonado, não se sente desassistido, e a família vem para ajudá-lo. É afetivo.

Grupo 2:

“Trazer de volta aquela pessoa para a convivência familiar, onde alguém já foi agredido e alguém teme ele? É muito difícil” Entrevistado (E9).

O Entrevistado 6 afirma que o acolhimento familiar evita que o paciente se sinta abandonado, um fator importante para seu progresso, pois a presença e o suporte emocional da família fortalecem o vínculo entre o paciente e o tratamento, proporcionando um ambiente mais acolhedor que favorece a recuperação.

No entanto, a realidade de muitos internos é marcada pelo abandono, como relatam os Entrevistados 3 e 5, que observam que a ausência de apoio familiar compromete o tratamento,

especialmente fora da instituição, quando o acompanhamento pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), depende de uma rede de suporte familiar mínima, que muitas vezes está ausente. Os profissionais relatam que, sem o apoio familiar, a continuidade do tratamento é prejudicada, dificultando a reabilitação plena e a reintegração desses indivíduos à sociedade.

A insegurança das famílias também é um fator relevante, como aponta o Entrevistado 1, que menciona o medo que muitas vezes persiste, especialmente em casos em que os pacientes cometeram atos violentos contra seus próprios familiares. Esse medo, reforçado pelo estigma social, faz com que o retorno ao convívio familiar seja um processo difícil, como observa o Entrevistado 9. Diante dessa realidade, o abandono se torna uma consequência frequente, deixando os pacientes sem o apoio necessário para completar sua recuperação, tanto dentro da instituição quanto na reintegração à vida social.

O número de pessoas que recebem visitas de familiares na unidade (PPF) também é baixo. Dos(as) 101 internos(as), 35 recebem visitas regulares (34,65%) e 66 não recebem (65,35%). As razões da baixa adesão de visitantes podem decorrer de alguns fatores, entre eles a distância entre as cidades de origem e o Hospital de Custódia. Nesse sentido, a centralização desse público em uma única unidade, distante da maior parte dos territórios de origem, mostra-se prejudicial às perspectivas terapêuticas de fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários preconizadas pela Reforma Psiquiátrica. (CNJ, 2024, p.51).

É importante destacar que a frequência reduzida de visitas por parte dos familiares prejudica o cumprimento desse objetivo, evidenciando barreiras estruturais e logísticas que dificultam a manutenção desse apoio fundamental para o tratamento dos pacientes. O medo, o estigma e a incompreensão sobre a doença mental muitas vezes levam à ruptura dos vínculos familiares.

Portanto, a desinstitucionalização só será plena quando houver uma rede integrada que envolva tanto o suporte dos serviços de saúde mental quanto o envolvimento das famílias. Políticas de inclusão que trabalhem a reinserção familiar são essenciais para que os pacientes não apenas deixem as instituições, mas sejam acolhidos em um ambiente que promova sua recuperação e dignidade.

A quarta categoria, **os desafios estruturais** aborda três características principais: condições inadequadas de trabalho, falta de interação entre setores de segurança e saúde, e necessidade de maior investimento em capacitação, todas apontadas por 5 entrevistados. As condições estruturais do Manicômio Judiciário da Paraíba se destacam como um fator determinante. As instalações físicas, muitas vezes inadequadas, e a falta de integração entre os

setores de segurança e saúde dificultam a prestação de cuidados aos internos. Essa precariedade é amplificada pela falta de recursos adequados nos serviços de saúde mental fora do Manicômio, como os CAPS e as Residências Terapêuticas, que são essenciais para garantir a continuidade do tratamento no contexto da desinstitucionalização.

Os entrevistados E2, E4, E6, E7 e E9 destacam os desafios estruturais do Manicômio Judiciário, com menções às condições inadequadas de trabalho, falta de interação entre os setores de segurança e saúde, e necessidade de maior investimento em capacitação, revelando um cenário de precariedade na instituição e que comprometem diretamente o tratamento oferecido aos internos.

Grupo 1:

“Eu sinto muita carência de poder oferecer uma estrutura melhor, sabe? A gente está dentro de um prédio que é bem antigo. (...) E mais interação entre os profissionais, ainda falta muita dessa interação” Entrevistado (E2).

“Os CAPS não dão conta porque a gente não tem nem leito substitutivo suficiente, nem unidade de saúde” Entrevistado (E4).

“Como o CAPS, como as residências terapêuticas vão absorver esse público?(...) O que a gente vê é que as residências terapêuticas que surgem são muito escassas” Entrevistado (E6).

Grupo 2:

“Não tem cabimento ter paciente lá, liberado e preso, literalmente na penitenciária, porque não tem uma residência terapêutica” Entrevistado (E7).

“A gente precisa que esses 100 agentes públicos estejam envolvidos para acolher esses pacientes. Então você tem que disponibilizar um carro, um médico, um agente de segurança, toda a estrutura que tem aqui, você vai, ramificar e cadê a estrutura para isso?” Entrevistado (E9).

O Entrevistado 2 destaca a inadequação das instalações físicas, que não oferecem condições adequadas para a prestação de um atendimento digno aos pacientes. Além disso, a falta de recursos para o funcionamento pleno da instituição é um problema recorrente, comprometendo a capacidade dos profissionais de saúde e a segurança em lidar com a complexa demanda dos internos. (E2) sublinha a necessidade de uma abordagem integrada que envolva não apenas a segurança pública, mas também profissionais de saúde, visando melhorar a qualidade do atendimento aos internos. A criação de um ambiente seguro e acolhedor para os internos é enfatizada como fundamental, criticando-se práticas punitivas e defendendo-se uma abordagem baseada em direitos humanos.

O Entrevistado 4 também ressalta a superlotação dos CAPS e a escassez de leitos substitutivos, o que agrava ainda mais a situação. A resistência da sociedade em aceitar ex-pacientes que cometeram crimes graves e a sobrecarga dos profissionais de saúde mental estão relacionadas às dimensões técnico-assistenciais e sócio-culturais destacadas por Paulo Amarante. A criação de serviços substitutos ao manicômio, como propõe a dimensão técnica-assistencial, é essencial para a reintegração dos indivíduos ao convívio social, promovendo alternativas de tratamento fora do ambiente institucional. No entanto, a falta de estruturas adequadas e o estigma social, abordadas pela dimensão sócio-cultural, dificultam essa reintegração, especialmente quando os ex-pacientes carregam o peso da criminalização e do estigma.

O Entrevistado 6 identifica desafios significativos na manutenção do vínculo familiar dos internos, especialmente quando a família não pode ou não quer prestar assistência. Além disso, menciona a falta de recursos para implementar residências terapêuticas, o que é necessário para a desinstitucionalização eficaz dos pacientes.

Por fim, a quinta categoria, a **desinstitucionalização**, representa os desafios enfrentados no processo de transição para um modelo de cuidado em liberdade, destacando a falta de infraestrutura adequada e a baixa capacidade de absorção dos pacientes, apontada por seis entrevistados.

Para os entrevistados, a desinstitucionalização apesar de ser considerada uma medida importante, levanta preocupações sobre sua viabilidade, configurando-se como uma questão fundamental. Assim, o tema do fim do Manicômio Judiciário da Paraíba envolve uma análise cuidadosa das questões estruturais, sociais e institucionais, que devem ser abordadas de maneira integrada para garantir que os direitos dos pacientes psiquiátricos sejam respeitados.

A desinstitucionalização, para ser bem sucedida, depende de uma rede de apoio que garanta a continuidade do tratamento dos pacientes, oferecendo-lhes condições dignas tanto no ambiente institucional (CAPS) quanto fora dele. Portanto, é necessário que as políticas públicas sejam ampliadas para fortalecer a rede e garantir que os pacientes possam receber o cuidado adequado, promovendo seu bem-estar e autonomia, com suporte que envolva tanto a assistência médica quanto a assistência social, essencial para sua qualidade de vida.

Segundo Venturini (2010, p. 147), a desinstitucionalização se traduz na “capacidade de transformar o mandato de custódia em um mandato de cura”, enquanto Amorim e Dimenstein (2009, p. 197) entendem a desinstitucionalização como “uma desconstrução de saberes e práticas psiquiátricas, perspectiva que fundamenta o movimento de reforma psiquiátrica”.

Nesse sentido, a desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos, conforme proposta pela Resolução nº 487/2023 do CNJ, visa encerrar a permanência de pessoas com transtornos mentais em manicômios judiciários.

Para os entrevistados, essa mudança de paradigma enfrenta desafios relacionados à falta de infraestrutura adequada e à capacidade de absorção dos pacientes por serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Residências Terapêuticas.

Grupo 1:

“Achei uma medida precipitada. (...) Faltou escutar a parte técnica. (...) Hoje eu vejo uma fragilidade, infelizmente, na nossa rede” Entrevistado (E1).

"O que me preocupa é liberar pessoas sem acolhimento familiar. (...) A prática é muito diferente da teoria." Entrevistado (E2).

"Vai tirar dos Hospitais de Custódia cerca de 6.000 indivíduos e reinseri-los na sociedade. (...) Não se resolve com uma canetada” Entrevistado (E4)

“Eu acho interessante essa Resolução no sentido da desinstitucionalização. O pessoal que está aqui vê de uma forma diferente, (...) Aqui está destoante, digamos assim, dos depósitos de pessoas, como acontecia em Barbacena, né? E eu acho que a Resolução veio como uma vitrine para ser a aplicação da lei e mudar essa perspectiva do tratamento psiquiátrico, né?” Entrevistado (E6).

Grupo 2:

“O CNJ vem com muita força para o cumprimento da resolução. A intenção do GMF era fechar a porta de entrada até dezembro, mas dependemos do Governo do Estado.” (...)

[Em relação à residência terapêutica]: vai depender do Estado da Paraíba de criar as residências terapêuticas e definir qual é a unidade que vai atender os casos de internação. (...) Porque o Estado não cumpre sua obrigação de criar uma residência terapêutica? Entrevistado (E7).

“A minha visão é com relação à dificuldade de implantar isso. O que vai mudar é o local onde eles vão estar cumprindo isso.” Entrevistado (E9).

A implementação da desinstitucionalização levanta preocupações sobre a capacidade do sistema de saúde mental em lidar com a demanda crescente. Alguns entrevistados expressaram ceticismo quanto à execução prática da Resolução. O Entrevistado 1 avalia que a medida foi precipitada e adotada sem consultar cuidadosamente os profissionais da área, refletindo a fragilidade na rede.

O Entrevistado 4 destaca que a simples remoção de cerca de 6.000 internos de hospitais de custódia não resolverá os problemas relacionados à saúde mental no sistema penal, sendo necessário um planejamento e investimento adequado. Essa visão pode ter sido influenciada pela nota conjunta das entidades médicas, que alertaram sobre a possível liberação de cerca de 5.800 indivíduos, classificados como "criminosos", que cumprem penas

em Hospitais Psiquiátricos de Custódia, amparados pela Resolução nº 487 do Conselho Nacional de Justiça⁷⁵. Em vista disso, é importante reforçar que em 2023, os dados da Secretaria Nacional de Políticas Penais (Senappen) indicam que 2.314 pessoas com transtorno mental em conflito com a lei cumpriram medida de segurança em ECTPs no país, embora o levantamento não detalhe quantos estavam internados provisoriamente ou em tratamento psiquiátrico durante o cumprimento das penas (CNJ, 2024).

O Entrevistado 6 destaca que, embora a medida seja um avanço no combate ao encarceramento de pessoas com transtornos mentais, o sistema de saúde não possui condições específicas para absorver todos os pacientes liberados. O Entrevistado 7 reforça essa crítica, apontando a escassez de residências terapêuticas, enquanto o Entrevistado 9 demonstra apoio à desinstitucionalização, mas teme que a falta de uma rede robusta de acolhimento possa agravar a situação dos pacientes.

A desinstitucionalização, embora necessária e alinhada com os princípios da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, não pode ser reduzida ao simples fechamento de instituições, mas deve ser encarada como uma transformação no tratamento e no cuidado de pessoas com transtornos mentais. Somente com planejamento e investimentos, a desinstitucionalização poderá alcançar seus objetivos de promover a reinserção social e garantir os direitos humanos dos pacientes.

Sendo assim, é necessária a adoção de medidas capazes de fortalecer serviços de atenção psicossocial, como os CAPS e as residências terapêuticas, bem como os serviços da Política de Assistência Social, garantindo a continuidade do acompanhamento após a desinstitucionalização. Dessa forma, cabe ao Estado investir em recursos adequados e planejar estratégias integradas para garantir a transição dos pacientes de forma digna e humanizada.

O processo de desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei é contínuo e exige um planejamento integrado entre diversos setores. Como já mencionado, no Estado da Paraíba, iniciativas como o Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental (2021) e o Programa de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (2023) representam esforços concretos para promover uma transição segura e humanizada para esses indivíduos.

A criação de equipes multiprofissionais, como a Equipe de Avaliação e Acompanhamento (EAP), que tem como atribuições, entre outras, analisar casos específicos

⁷⁵ Para maiores informações, acessar o link: [CFM apoia manifestação contra fechamento de Hospitais de Custódia e Tratamentos Psiquiátricos](#). Acesso em 27/11/2024.

de desinternação e encaminha pacientes para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), é um passo importante para garantir a continuidade do tratamento fora dos manicômios, em conformidade com os princípios da reforma psiquiátrica.

A articulação entre setores, como o Poder Judiciário e a saúde pública, revela um avanço na construção de uma política antimanicomial que prioriza o cuidado em liberdade. No entanto, é fundamental garantir que essas políticas sejam acompanhadas por investimentos em infraestrutura e capacitação das equipes de saúde. O sucesso da desinstitucionalização depende não apenas da criação de programas, mas da eficácia da implementação de redes de apoio que permitam um tratamento digno, garantindo que esses indivíduos não sejam apenas retirados das instituições, mas também reintegrados à sociedade de maneira plena e com seus direitos respeitados.

4. Considerações Finais

As considerações finais deste estudo refletem sobre os temas abordados ao longo da dissertação, destacando a interconexão entre o Direito Humano e Saúde, especificamente no contexto do Manicômio Judiciário da Paraíba.

Inicialmente, é imprescindível ressaltar a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) como um pilar fundamental na promoção e efetivação do Direito Humano à Saúde. O Direito Humano à Saúde é reconhecido como fundamental, exigindo não apenas a existência de um sistema de saúde pública, mas também ações que combatam desigualdades, promovam estilos de vida saudáveis e previnam doenças. Através do SUS, busca-se garantir o acesso igualitário aos serviços de saúde, integrando políticas que visam à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, conforme previsto na Constituição brasileira e em tratados internacionais.

No que diz respeito ao Direito Humano à Saúde, fica evidente que a promoção e proteção da saúde são fundamentais para o bem-estar e a qualidade de vida de toda a população. No entanto, é importante ressaltar que a efetivação do Direito Humano à Saúde vai além da existência de um sistema de saúde pública. Envolve também a garantia de condições socioeconômicas aceitas, o combate às desigualdades, a promoção de estilos de vida saudáveis e a prevenção de doenças.

Entende-se que o acesso à saúde deve ser visto como um direito inalienável, estando intrinsecamente ligado à qualidade de vida, à capacidade produtiva e ao exercício pleno de outros direitos humanos, como a educação e o trabalho.

Ao analisar o Direito à Saúde conforme estabelecido na Constituição brasileira, ressaltamos o papel fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS) na reafirmação desse direito como um bem social. A Constituição de 1988 representa um marco na proteção dos direitos humanos no Brasil, configurando a República Federativa e o Estado Democrático de Direito como pilares fundamentais para a promoção da dignidade e do bem-estar social. Neste contexto, a saúde é consagrada como um direito de segunda dimensão, que requer ações positivas do Estado para sua efetivação, englobando o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde.

Nesse horizonte de compreensão, a criação do SUS emerge como uma resposta direta a essa necessidade constitucional, configurando-se como um sistema inclusivo e universal. Os antecedentes do SUS remontam a uma série de iniciativas e debates que culminaram na sua formalização durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Este evento

histórico destacou a importância da participação ativa da sociedade civil e dos usuários de saúde mental na formulação e controle das políticas públicas, reforçando o caráter democrático e participativo do SUS.

Apesar dos avanços proporcionados pelo SUS, é importante reconhecer que ainda existem desafios a serem superados. A falta de recursos adequados, a infraestrutura precária, a falta de profissionais de saúde em determinadas regiões e a necessidade de aprimoramento da gestão são alguns dos aspectos que demandam atenção contínua por parte das autoridades responsáveis. Esses desafios foram descritos pelos entrevistados durante a pesquisa, os quais apontaram que tais questões impactaram diretamente a eficácia e a abrangência dos serviços oferecidos.

Em relação aos Manicômios Judiciários, identificamos os desafios e violações de direitos associados a essas instituições. A análise histórica e a compreensão da lógica manicomial evidenciam a urgência de se adotar práticas de cuidado mais humanizadas e inclusivas, que valorizem a autonomia e a dignidade das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.

Reafirmamos que o Manicômio Judiciário não é um prédio. Ele é uma lógica que atravessa nossa sociedade e se manifesta em saberes e práticas científicas, sociais, jurídicas, culturais e resulta em exclusão, medicalização e patologização da vida, além de claro, produzir sofrimento psíquico. Abordamos ainda a legislação e políticas públicas relacionadas aos Manicômios Judiciários destacando a importância da garantia dos direitos humanos, a necessidade de investimentos em alternativas de cuidado e a participação da sociedade civil e dos usuários na formulação e implementação dessas políticas.

Além dos temas discutidos nos capítulos anteriores, apresentamos os dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Estado. Como mencionado, a Rede visa à promoção da integralidade do cuidado, proporcionando atenção às pessoas com transtornos mentais em diferentes pontos da rede, como centros de atenção psicossocial (CAPS), unidades básicas de saúde, serviços de urgência e emergência, entre outros. Sua implementação efetiva contribuiu significativamente para a desospitalização e a reinserção social das pessoas atendidas.

Assim sendo, a Resolução 487/2023 do CNJ representa um passo significativo na trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil, ao determinar o fechamento gradual dos HCTPs. Com essa determinação, o CNJ demonstra seu engajamento na promoção da dignidade e da cidadania das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, visando à sua reinserção social e ao respeito à sua autonomia.

Essa Resolução é um marco para o avanço na luta antimanicomial e na construção de um sistema de saúde mental que respeite a diversidade humana, os direitos fundamentais e promova uma sociedade mais justa e solidária. A discussão sobre o fim do Manicômio Judiciário da Paraíba, impulsionada pela Resolução nº 487/2023 do CNJ, evidencia a necessidade urgente de reformulação das políticas de saúde mental voltadas para pessoas em conflito com a lei.

A desinstitucionalização, embora coerente com os princípios da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, enfrenta obstáculos, especialmente no que tange à infraestrutura e a assistência social. Nesse contexto, a desinstitucionalização dessas pessoas não se limita ao fechamento físico das instituições, mas busca a promoção de um modelo de cuidado em liberdade que valorize a dignidade humana e os direitos fundamentais. Como pesquisador, é possível afirmar que a desinstitucionalização se insere em um movimento maior que pretende romper com o histórico de exclusão e criminalização de pessoas com transtornos mentais, especialmente no Brasil.

Ao longo dos anos de 2023 e 2024, o Manicômio Judiciário da Paraíba tornou-se o epicentro desse debate. As vozes institucionais e jurídicas, juntamente com profissionais da saúde, destacaram a complexidade de desconstruir uma estrutura que, além de custodiar, é responsável pelo tratamento psiquiátrico.

As iniciativas do Estado da Paraíba, como o Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental e o Programa de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, evidenciam um avanço no cuidado e na reintegração social desses indivíduos. A criação de equipes multiprofissionais, como a Equipe de Avaliação e Acompanhamento (EAP), demonstra um esforço contínuo em promover a desinstitucionalização e garantir que o atendimento seja realizado de forma humanizada e integrada. Ao transferir a responsabilidade de acompanhamento para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), busca-se garantir que uma pessoa com sofrimento mental receba o tratamento necessário no território, respeitando a autonomia e os direitos humanos dos pacientes, em alinhamento com os preceitos da reforma psiquiátrica.

Essas ações reforçam o compromisso do Estado em cumprir as diretrizes da Lei Antimanicomial e da Política Nacional de Saúde Mental, que preconiza a substituição dos modelos de internação prolongada pelas estratégias de cuidado na rede.

A continuidade desse processo, no entanto, depende de uma articulação eficaz entre os diversos atores envolvidos — profissionais de saúde, sistema de justiça e redes de apoio

familiar e social — para garantir que a transição para o convívio social ocorra de forma segura e respeitosa.

Portanto, os programas implementados, aliados a um acompanhamento contínuo, configuram-se como fundamentais na promoção de uma cidadania plena e na garantia dos direitos das pessoas em sofrimento mental, especialmente aquelas em conflito com a lei.

Nesse horizonte de compreensão, o fim do Manicômio Judiciário exige uma mudança cultural que reconheça o “louco” como sujeito de direitos e digno de tratamento, e não como um problema a ser isolado. A luta antimanicomial é uma jornada, que requer a superação de barreiras estruturais e sociais, garantindo que “louco não se prende” deixe de ser uma mera expressão e se transforme em uma realidade de inclusão e respeito à dignidade humana .

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Olívia Maria de. **Desinstitucionalização das medidas de segurança na Paraíba: entre controles e abandonos**. João Pessoa, 2018. 218 f. il. Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA. Disponível em: [Desinstitucionalização das Medidas de Segurança na Paraíba: Entre Controles e Abandonos](#). Acesso em: 14/03/2023.

ALVAREZ, Marcos César; SALLA, Fernando; SOUZA, Luís Antônio F. **A sociedade e a lei: o Código Penal de 1890 e as novas tendências penais na primeira República**. Justiça e história, v. 3, n. 6, p. 01-24, 2003.

ABRASCO, **Estatuto da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: [Estatuto da Abrasco](#). Acesso em 06/05/2023.

ALEXY, Robert; DA SILVA, Virgílio Afonso. **Teoria dos direitos fundamentais**. São Paulo: Malheiros, 3ª edição, p. 434, 2022. Disponível em: https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/direitos-humanos/direitos_humanos_stricto_sensu/alexys-robert-teoria-dos-direitos-fundamentais.pdf. Acesso em: 01/04/2024

AMARANTE, Paulo. **Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica**. Cadernos de Saúde Pública. v.11, n.3, p.491-494, jul./set. 1995.

_____. **Hora de fechar os hospitais judiciários**. Site Outras Palavras. Seção: Outra Saúde. 26/05/2023. Disponível em: [Hora de fechar os hospitais judiciários - Outras Palavras](#). Revista Outras Palavras. Acesso em 29/06/2023.

AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; DIMENSTEIN, Magda. **Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, p. 195-204, 2009. Disponível em: [Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico](#). Acesso em 01/10/2024

ANNES, Sérgio Paulo. **A psiquiatria no Rio Grande do Sul nas décadas de 40/50: relato pessoal**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 29, p. 159-160, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000200006>. Acesso em 04/02/2024.

ARAÚJO, Luiz Ernani Bonesso de et al. **O acesso à terra no Estado Democrático de Direito**. 1997. Disponível em: [O Acesso À Terra No Estado Democrático De Direito](#). Acesso em 06/05/2023

AROUCA, Sérgio. **O Dilema preventivista**. São Paulo: UNESP, v. 1975, 2003. Disponível em: [o dilema preventivista - contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva](#). Acesso em 06/05/2023

AYRES JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde – conceitos, desafios, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

BAPTISTA, T. W. F. **História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde**. In: MATTA, G. C.; MOURA, A. L. (Orgs.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, pp. 29-60, (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 3). Disponível em: [organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde](#)> .Acesso em 06/05/2023.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; BORGES, Camila Furlanetti. **Carlos Gentile de Mello: em defesa de uma medicina institucional**. Ciência & Saúde Coletiva , v. 5171-5181, 2021. Disponível em: [Carlos Gentile de Mello: em defesa de uma medicina institucional](#). Acesso em 06/05/2023.

BASTOS, Pedro Paulo Zahluth. **A construção do nacional-desenvolvimentismo de Getúlio Vargas e a dinâmica de interação entre Estado e mercado nos setores de base**. Revista Economia, v. 7, n. 4, p. 239-275, 2006. Disponível em: https://www.anpec.org.br/revista/vol7/vol7n4p239_275.pdf. Acesso em 06/05/2023.

BEGHIN, N. **Depois do desmonte, reconstruir**. INESC. 2023 Disponível em: <https://www.inesc.org.br/depois-do-desmonte-reconstruir/>. Acesso em 06/05/2023.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal: parte geral 1**. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. 351 p.

BONAVIDES, P. **A quinta geração de direitos fundamentais**. Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 82–93, 2008. DOI: 10.30899/dfj.v2i3.534. Disponível em: [A quinta geração de direitos fundamentais](#). Acesso em: 23/01/2024.

BORENSTEIN, Miriam Süsskind et al. **Terapias utilizadas no Hospital Colônia Sant'Ana: berço da psiquiatria catarinense (1941-1960)**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 60, p. 665-669, 2007. Disponível em: [Terapias utilizadas no Hospital Colônia Sant'Ana: berço da psiquiatria catarinense \(1941-1960\)](#). Acesso em 22/07/2023.

BORGES, Roselania Francisconi. **As Contribuições da Psicologia aos Ideais da Liga Brasileira de Higiene Mental: Algumas Reflexões**. Estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 20, n. 1, p. 330-352, 2020. [Borges, 2020](#). Acesso em 22/07/2023.

BORGES, Silier Andrade Cardoso; DE ALMEIDA, Milena Dórea. **Desafios para uma Reforma Psiquiátrica antimanicomial: revisitando o manifesto de Bauru**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, v. 13, n. 37, p. 23-41, 2021. Disponível em: [Vista do Desafios para uma Reforma Psiquiátrica antimanicomial](#):. Acesso em 30/01/2024.

BRITO, Fátima Saionara Leandro. **Vidas errantes entre a loucura e a criminalidade. Uma história da emergência do manicômio judiciário no estado da Paraíba**. 2016. 203 f. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUBD-ABZFJM>. Acesso em: 23 de janeiro de 2023.

BRITTO, Renata Corrêa; AMARANTE, Paulo. **Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira e garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais- análise de sua aplicação.** Rev. saúde pública Mato Grosso Sul, p. 7-12, 2007. Disponível em: [Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira e Garantia dos Direitos de - Cidadania das Pessoas com Transtornos Mentais-Análise de sua aplicação](#). Acesso em 29/01/2024.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **Reflexões sobre como fazer trabalho de campo.** Sociedade e cultura, v. 10, n. 1, p. 11-27, 2007. Disponível em: [Redalyc.Reflexões sobre como fazer trabalho de campo](#). Acesso em 01/04/2024.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: [Constituição](#). Acesso em 23/04/2023.

_____. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública.** Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2022. 516p. ISSN 1983-7364. Disponível em: [Anuário Brasileiro](#). Acesso em 07/05/2023.

_____. **Carta de Brasília 2005.** Princípios Orientadores para o Desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas Américas Conferência Internacional “Acesso à Justiça por Meios Alternativos de Resolução de Conflitos” Disponível em: [CARTA DE BRASÍLIA](#). Acesso em 21/04/2023.

_____. CONDEGE. **Nota técnica do Colégio Nacional de Defensores Públicos Gerais – CONDEGE.** Sobre a publicação da Portaria GM/MS n. 1325, de 18 de maio de 2020, que revoga a Portaria GM/MS n. 95/2014 e as respectivas referências na Portaria de Consolidação n. 2/GM/MS, que extingue o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Disponível em: [Nota Técnica do CONDEGE](#). Acesso em 23/11/2023.

_____. Conselho Nacional dos Direitos Humanos – CNDH **Resolução nº 8, de 14 de agosto de 2019.** Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas. Disponível em: [Resolução nº 8- CNDH 14/08/2019](#). Acesso em: 23 de janeiro de 2023.

_____. Conselho Nacional dos Direitos Humanos – CNDH. **Resolução nº 26, de 15 de Junho de 2020.** Dispõe sobre a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, que extingue o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei. [Resolução nº 26, de 15 de Junho de 2020](#). Acesso em 25/11/2023.

_____. Conselho Nacional de Justiça – CNJ. **Pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no Brasil : itinerários jurídicos e portas de saída.** Conselho Nacional de Justiça; Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap) - Brasília: CNJ, 2024. Disponível em: [Justiça Pesquisa - CNJ](#). Acesso em: 02/10/2024.

_____. Conselho Nacional de Justiça – CNJ. **Resolução CNJ nº 113 de 20/04/2010.** Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências. Disponível em: [Resolução nº 113/2010](#). Acesso em: 23 de janeiro de 2023.

_____. Conselho Nacional de Justiça – CNJ. **Recomendação CNJ nº 35 de 12/07/2011.** Dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança. Disponível em: [Resolução nº 113/2010](#). Acesso em: 23 de janeiro de 2023.

_____. Conselho Nacional de Justiça – CNJ. **Regras de Mandela: regras mínimas padrão das Nações Unidas para o tratamento de presos.** Brasília: CNJ, 2016. Disponível em: [Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos \(Regras de Nelson Mandela\)](#). Acesso em 27/02/2023.

_____. Conselho Nacional de Justiça – CNJ: **Relatório de gestão supervisão do departamento de monitoramento e fiscalização do sistema carcerário e do sistema de execução de medidas socioeducativas.** 2017. Disponível em [Relatório de Gestão CNJ](#). Acesso em: 14 de março de 2022.

_____. Conselho Nacional de Justiça – CNJ. **Resolução n. 487, de 15 de fevereiro de 2023** Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei nº 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. 2023. Disponível em: [CNJ - Resolução N. 487/2023](#). Acesso em 27/02/2023.

_____. Conselho Nacional de Saúde - CNS. **Relatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 1963. Disponível em: [CNS - RELATÓRIO 3ª CNS \(1963\)](#). Acesso em 01/04/2023.

_____. Conselho Nacional de Saúde - CNS 7.. Brasília, 1980. **Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. 280 p. Disponível em: [VII Conferência Nacional da Saúde](#). Acesso em 01/04/2023.

_____. Conselho Nacional de Saúde - CNS. **8ª Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1986. Disponível em: [8ª Conferência Nacional da Saúde - Relatório Final](#). Acesso em 21/12/2023.

_____. Conselho Nacional de Saúde - CNS. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 1986. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430 p. Disponível em: [Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde](#). Acesso em 21/12/2023.

_____. Conselho Nacional de Saúde - CNS. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. 1992, Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. Disponível em: [II Conferência Nacional de Saúde Mental](#). Acesso em 01/04/2023.

_____. Conselho Nacional de Saúde - CNS. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p. Disponível em: [III Conferência Nacional de Saúde Mental](#). Acesso em 01/04/2023. quanto

_____. Conselho Nacional de Saúde - CNS - **Comissão organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial Temário Oficial** (versão preliminar), Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2010, 46 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/web_saude/mental/doc/temario_ementas.pdf. Acesso em 01/04/2023.

_____. Conselho Nacional de Saúde - CNS. **Recomendação 032/2012 CNS**. Recomenda a priorização da revisão das regras fiscais da EC 95/2016.. Disponível em [CNS - Recomendação nº 032, de 03 de Novembro de 2021](#). Acesso em 07/05/2023.

_____. Conselho Nacional de Saúde - CNS. **Recomendação nº 044, de 15 de junho de 2020**. Recomenda ao Ministério da Saúde a revogação da Portaria nº 1.325, de 18 de maio de 2020, que extingue o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei. Disponível em: [Recomendação nº 044, de 15 de Junho de 2020](#). Acesso em 25/11/2023

_____. Conselho Nacional de Saúde - CNS. **Resolução nº 715, de 20 de julho de 2023**. Dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: [RESOLUÇÃO nº 715, DE 20 DE JULHO DE 2023](#). Acesso em 07/09/2023.

_____. Conselho Nacional de Saúde - CNS . **Resolução nº 716, de 20 de julho de 2023**. Dispõe sobre alterações relativas à 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio (5ª CNSM). Disponível em: [RESOLUÇÃO nº 716, DE 20 DE JULHO DE 2023](#). . Acesso em 07/09/2023.

_____. Conselho Nacional de Saúde - CNS. **Resolução nº 719, de 17 de agosto de 2023**. Dispõe sobre as diretrizes, propostas e moções aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: [RESOLUÇÃO nº 719, DE 17 DE AGOSTO DE 2023](#). Acesso em 07/09/2023.

_____. Conselho Nacional de Saúde - CNS. **Relatório Nacional Consolidado da 5ª CNSM Domingos Sávio**. 2023. Disponível em: [Relatório Nacional Consolidado 5 CNSM](#). Acesso em 20/12/2023.

_____. Conselho Nacional de Saúde - CNS. **8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma**. Publicado: 22 de Maio de 2019. Disponível em: [8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma](#). Acesso em 20/12/2023.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. **As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. 100 p. (CONASS Documenta; 18) Disponível em: [As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas](#). Acesso em 23/04/2023.

_____. **Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903**. Reorganiza a Assistência a Alienados. Disponível em: [D 1.132/1903](#). Acesso em 22/07/2023.

_____. **Decreto nº 14.831, de 25 de maio de 1921**. Approva o Regulamento do Manicomio Judiciario. Disponível em: [D.14.831/1921](#). Acesso em 22/07/2023.

_____. **Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. (Lei Eloy Chaves)**, Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Disponível em: [DPL4682-1923](#). Acesso em 21/04/2023.

_____. **Decreto nº 19.402, de 14 de novembro de 1930**, que cria uma Secretária de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Disponível em: [D 19.402-1930](#). Acesso em 21/04/2023.

_____. **Decreto nº 6.788, de 30 de janeiro de 1941** que convoca à 1ª Conferência Nacional de Educação e a 1ª Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências. Disponível em [D6.788 -1941](#). Acesso em 22/04/2023

_____. **Decreto nº 19.841, de 22 de outubro de 1945** – Promulga a Carta das Nações Unidas, da qual faz parte integrante o anexo Estatuto da Corte Internacional de Justiça, assinada em São Francisco, a 26 de junho de 1945, por ocasião da Conferência da Organização Internacional das Nações Unidas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/d19841.htm. Acesso em: 20/01/2024

_____. **Decreto nº 26.042, de 17 de dezembro de 1948**. Promulga os atos firmados em Nova York a 22 de julho de 1946, por ocasião da Conferência Internacional de Saúde. Disponível em: [D26.042-1948](#). Acesso em 01/04/2023.

_____. **Decreto nº 27.664, de 30 de dezembro de 1949** - Regula o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: [D 27.664-1949](#). Acesso em 26/04/2023.

_____. **Decreto nº 36.155, de 13 de setembro de 1954**. Promulga o acôrdo entre o Brasil e a Repartição Sanitária Panamericana para o funcionamento do Escritório Regional da Repartição no Rio de Janeiro, assinado nessa cidade, a 27 de agosto de 1951. Disponível em: [D 36.155-1954](#). Acesso em 01/04/2023.

_____. **Decreto nº 52.301, de 24 de julho de 1963** que convoca a III Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: [D52301/1963](#). Acesso em 24/04/2023.

_____. **Decreto nº 58.266, de 27 de abril de 1966** Institui normas para a realização da IV Conferência Nacional de Saúde, e dá outras providências. Disponível em: [Decreto nº 58.266/1966](#). Acesso em 26/04/2023.

_____. **Decreto nº 75.409, de 25 de fevereiro de 1975**. Convoca a V Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências. Disponível em: [Decreto 75409/1975](#). Acesso em 26/04/2023.

_____. **Decreto nº 79.318, de 1º de março de 1977**. Convoca a VI Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências. Disponível em: [Decreto nº 79.318, de 1º de Março de 1977](#). Acesso em 26/04/2023.

_____. **Decreto nº 40, de 15 de fevereiro de 1991**. Promulga a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes. Disponível em: [D0040](#). Acesso em 20/09/2023.

_____. **Decreto nº 6.085, de 19 de abril de 2007**. Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradante. Disponível em [Decreto nº 6085](#). Acesso em 20/09/2023.

_____. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.** Promulga a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Disponível em [Decreto nº 6949](#). Acesso em 20/09/2023.

_____. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal.** Disponível: [DEL2848compilado](#). Acesso em 26/04/2023.

_____. **Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941. Lei das Contravenções Penais** Disponível: [Lei das Contravenções Penais](#). Acesso em 26/04/2023.

_____. **Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941.** Código de Processo Penal. Disponível em: [Del3689](#). Acesso em 26/04/2023.

_____. **Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966.** Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. Disponível em: [DL72-1966](#). Acesso em 01/04/2023.

_____. **Decreto Legislativo 186, de 9 de julho de 2008.** Ratifica, com equivalência de emenda constitucional, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Disponível em: [Decreto Legislativo nº 186, De 09 De Julho De 2008](#). Acesso em 20/09/2023.

_____. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 -** Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em [EMC29](#). Acesso em 08/05/2023.

_____. **Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015.** Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Disponível em [Emenda Constitucional nº 86](#). Acesso em 07/05/2023.

_____. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: [Emenda Constitucional nº 95](#). Acesso em 07/05/2023.

_____. **Emenda Constitucional nº 113, de 8 de dezembro de 2021.** Altera a Constituição Federal e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para estabelecer o novo regime de pagamentos de precatórios, modificar normas relativas ao Novo Regime Fiscal e autorizar o parcelamento de débitos previdenciários dos Municípios; e dá outras providências. Disponível em: [Emenda Constitucional nº 113](#). Acesso em 08/05/2023.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios : síntese de indicadores 2015.** Coordenação de Trabalho e Rendimento; Disponível em: [IBGE | Cidades@ | Brasil | Panorama.](#); [Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil](#) ;Acesso em 22/04/2023

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Projeção da população para o Brasil e Unidades da Federação, para o ano de 2021.** Serviços e Informações do Brasil. Diretoria de Pesquisas - DPE. Disponível em: [População Estimada - IBGE 2021](#); [Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil | Educa | Jovens - IBGE](#); [Censo Demográfico - 2010](#). Acesso em 22/04/2023

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de Julho de 2021.** Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS.- Rio de Janeiro : IBGE. Disponível em: [População brasileira chega a 213,3 milhões de habitantes, estima IBGE; Pesquisa nacional por amostra de domicílios : síntese de indicadores 2015](#). Acesso em 22/04/2023

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. **Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras** : 2016– Brasília. PNUD : IPEA : FJP, 2016. Disponível em: [Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras](#). Acesso em 06/05/2023.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017.** Brasília, 2018. Disponível em: [IPEA Textos para Discussão 2018](#). Acesso em 06/05/2023.

_____. **Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937:** Que dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Disponível em [L0378](#). Acesso em 22/04/2023.

_____. **Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953.** Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em: Lei nº [L1920](#). Acesso em 22/04/2023.

_____. **Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954,** estabelece as Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde. Disponível em: [Lei nº 2.312](#). Acesso em 22/04/2023.

_____. **Lei nº 4.214, de 2 de março de 1963** que Dispõe sobre o “Estatuto do Trabalhador Rural” Disponível em [L4214](#) . Acesso 24/04/2023.

_____. **Lei nº 5.889, de 8 de junho de 1973.** Estatui normas reguladoras do trabalho rural. Disponível em: [L5889](#). Acesso 24/04/2023.

_____. **Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975.** Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: [L6229](#). Acesso 24/04/2023.

_____. **Lei nº 6.439 , de 1º de setembro de 1977.** Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: [L6439](#). Acesso 24/04/2023.

_____. **Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984.** Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências. Disponível em: [L7209](#). Acesso 24/04/2023.

_____. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984.** Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: [L7210](#). Acesso 24/04/2023.

_____. **Lei nº 8080/1990,** que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em [L8080](#). Acesso em 07/05/2023.

_____. **Lei 8142/1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: [L8142](#). Acesso em 07/05/2023

_____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: [L10216](#). Acesso em: 14 de março de 2022.

_____. **Lei nº 12.847, de 2 de Agosto de 2013.** Institui o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; cria o Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; e dá outras providências. Disponível em: [L12847](#). Acesso em 20/09/2023.

_____. **Lei nº 13.146/2015.** (Lei Brasileira de Inclusão) – Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) Disponível em: [L13146](#) Acesso em: 23 de janeiro de 2023.

_____. **Lei Complementar nº 141/2012.** Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em [Lcp 141](#). Acesso em 07/05/2023.

_____. **Medida Provisória nº 1.164, de 2 de março de 2023.** Institui o Programa Bolsa Família e altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, e a Lei nº 10.820, de 17 de dezembro de 2003, que dispõe sobre a autorização para desconto em folha de pagamento. Disponível em: [mpv1164](#). Acesso em 23/04/2023.

_____. Ministério do Trabalho e Previdência. **Os 100 Anos da Previdência Social,** Ministério do Trabalho e Previdência, Brasília - DF: 140 p. 2022. Disponível em: [Os 100 Anos da Previdência Social](#). Acesso em 23/04/2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde **Brasil 2005: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011](#). Acesso em 23/04/2023.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Diretrizes para elaboração e gestão conjunta dos termos de cooperação técnica /** Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – 2. edição – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.325, de 18 de maio de 2020**. Revoga o Capítulo III, do Anexo XVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata do "Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei", no âmbito da Política Nacional de Atenção às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Disponível em: [Portaria nº 1.325](#). Acesso em 23/04/2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.754, de 14 de julho de 2020**. Fica revogada a Portaria nº 1.325/GM/MS, de 18 de maio de 2020. Disponível em: [Portaria 1754/2020](#). Acesso em 25/11/2023.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Estrutura, princípios e como funciona**. 2022. Disponível em: [Sistema Único de Saúde](#). Acesso em 23/04/2023.

CAETANO, Haroldo; TEDESCO, Silvia. **Loucura e direito penal: pistas para a extinção dos manicômios judiciários**. Saúde em Debate, v. 45, p. 191-202, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2021.v45n128/191-202/pt>. Acesso em 02/12/2024.

CAMPELLI, M. G. R., & Calvo, M. C. M.. (2007). **O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil**. Cadernos De Saúde Pública, 23(7), 1613–1623. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700012>. Acesso em 23/04/2023.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma política e sanitária no Brasil: a governabilidade democrática em questão**. São Paulo: Hucitec, 2013.

CARNEIRO, Marcelo Carbone. **Considerações sobre a ideia de tempo em Sto. Agostinho, Hume e Kant**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 8, p. 221-232, 2004. Disponível em: [Considerações sobre a idéia de tempo em Sto. Agostinho, Hume e Kant](#). Acesso em 22/07/2023.

CARRARA, Sérgio Luis. **A História esquecida: os manicômios judiciários no Brasil**. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum., São Paulo, v. 20, n. 1, p. 16-29, abr. 2010. Disponível em [A História Esquecida](#). Acesso em 22/07/2023.

_____. **Crime e loucura: a aparição do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998. 228 p. Disponível em: [Crime e Loucura](#). Acesso em 22/07/2023.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**. 2ª ed. São Paulo: Saraiva, 2015. Disponível em: [penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro](#) Acesso em: 01/04/2024

CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito**. – João Pessoa, 2007. Dissertação (UFPB). 174 p.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; DE ALMEIDA, Olívia Maria. **A luta Antimanicomial continua! problematizações sobre o manicômio judiciário na perspectiva da reforma psiquiátrica brasileira.** InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais, v. 3, n. 2, p. 319-347, 2017. Disponível em: [Correia, Almeida, 2017](#). Acesso em 22/07/2023

CORREIA, L. C.; MAGNO, P. F. C. **Direito à saúde mental e políticas públicas para as pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei: uma análise das estratégias jurídico-políticas de resistência contra o retrocesso.** Direito Público, [S. l.], v. 18, n. 97, 2021. Disponível em: [Direito à Saúde Mental e Políticas Públicas para as Pessoas com Deficiência Psicossocial em Conflito com a Lei: uma Análise das Estratégias Jurídico-Políticas de Resistência contra o Retrocesso](#). Acesso em: 25 nov. 2023

COSTA, Maria Izabel Sanches. **Política de saúde-política de segurança: manicômio judiciário, entre o hospital e a prisão.** Revista do Arquivo, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 144-160, 2017.

COSTA, I. S. **A Bahia já deu régua e compasso: medicina legal, raça e criminalidade na Bahia (1890-1940)** [online]. Salvador: EDUFBA, 2023, 357 p. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786556305011>. Acesso em: 25/11/2023.

CUNHA, Carolina da Silva; DINIZ, Laura do Carmo. **A inimputabilidade e o direito penal.** Jornal Eletrônico. Juiz de Fora, p. 349-377. ago. 2020. Disponível em: <https://jornaleletronicofivj.com.br/jefvj/article/view/767/748>. Acesso em: 25/11/2023.

CURY, Carlos Roberto Jamil. **A questão federativa e a educação escolar. educação e federalismo no Brasil: combater as desigualdades, garantir a diversidade.** Brasília: Unesco, pág. 149-68, 2010. Disponível em: [Educação e federalismo no Brasil: combater as desigualdades, garantir a diversidade](#). Acesso em 19 fev. 2023.

DELGADO, Lucília de Almeida Neves. **História oral e narrativa: tempo, memória e identidades.** História Oral, n. 6, p. 9 – 25, 2003

DIMENSTEIN, Magda; CIRILO NETO, Maurício. **Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social.** Pesqui. prá. psicossociais, São João del-Rei, v. 15, n. 1, p. 1-17, mar.2020. Disponível em [Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social](#). Acesso em 19 fev. 2023

DINIZ, Ligia G.; DE MINAS GERAIS, Defesa Social. **A reinserção social do egresso do sistema prisional pelo trabalho: a experiência de Belo Horizonte.** Trabalho reelaborado após o encerramento do seminário “A Reinserção Social dos Egressos do Sistema Prisional através de Trabalho e da Comunidade”. UFMG/Março de 2005.

DIÓGENES JÚNIOR, José Eliaci Nogueira. **Gerações ou dimensões dos direitos fundamentais.** Âmbito Jurídico, Rio Grande, XV, n. 100, p. 1-8, 2012. Disponível em: [Gerações ou dimensões dos direitos fundamentais](#). Acesso em 22/01/2024.

ELIAS, Paulo Eduardo. **Análises sobre a reforma sanitária e concepções políticas subjacentes: a visão autoritária do ideário progressista.** Saúde e Sociedade, v. 2, p. 59-73, 1993. Disponível em: [Análises Sobre A Reforma Sanitária E Concepções Políticas Subjacentes](#). Acesso em 23/04/2023.

FARIA, Gustavo Dalul. **A (In) Sustentabilidade dos conceitos de inimizabilidade e de periculosidade diante da reforma psiquiátrica.** Revista Digital Constituição e Garantia de Direitos, v. 10, n. 1, p. 202-222, 2017. Disponível em: [A \(In\) Sustentabilidade dos Conceitos de Inimizabilidade e de Periculosidade diante da Reforma Psiquiátrica](#). Acesso em: 01/04/2024.

FASSHEBER, Vanessa Barreto **O processo de reforma psiquiátrica no município de Barbacena-MG no período 2000-2004: um estudo de caso acerca da “cidade dos loucos”.** Rio de Janeiro: s.n., 2009. 95 f. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2158>. Acesso em 22/07/2023.

FRANCO, Renato Ferreira; STRALEN, Cornelis Johannes van. **Desinstitucionalização psiquiátrica: do confinamento ao habitar na cidade de Belo Horizonte.** Psicologia & Sociedade, v. 27, n. 2, p. 312-321, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p312>. Acesso em 01/10/2024

FELÍCIO, J. L., & ALMEIDA, D. V. (2008). **Abordagem terapêutica às famílias na reabilitação de pacientes internados em hospitais psiquiátricos: Relato de experiência.** Mundo Saúde (1995), 32(2), 248-253. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/download/810/750>. Acesso em 28/11/2024.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica.** 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

_____, Michel. **Estratégia, poder-saber: ditos e escritos IV.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 203-222, 2003.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. **Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil.** Estudos de Sociologia, v. 18, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235>. . Acesso em 22/07/2023.

FLEURY, Sônia. **Os desafios da gestão pública em saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

FUNCIA, Francisco Rózsa. **Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, p. 4405-4415, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>. Acesso em 23/04/2023.

_____. **Implicações da Emenda Constitucional n. 86/2015 para o processo de financiamento do Sistema Único de Saúde.** Consensus (Brasília). pág. 1-5, 2015. Coleção SUS (Brasil), CONASS. Disponível em: https://www.conass.org.br/consensus/wp-content/uploads/2019/04/Artigo_consensus_15.pdf. Acesso em 07/05/2023.

GODOY, Arilda Schmidt. **Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais.** Revista de Administração de empresas, v. 35, p. 20-29, 1995. Disponível em [Pesquisa Qualitativa](#). Acesso em 27/11/2024.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade**. Tradução: Mathias Lambert, v. 4, p.8, 1988. Disponível em: [Estigma: notas sobre a manipulação da identidade](#). Acesso em: 01/10/2024.

_____, **Manicômios, prisões e conventos**. Rio de Janeiro: LTC, 2008
GOMES, Anna Luiza Castro. **A reforma psiquiátrica no contexto do movimento de luta antimanicomial em João Pessoa - PB**. / Anna Luiza Castro Gomes. -Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

GOODMAN, D., & HAPPELL, B. (2006). **The efficacy of family intervention in adolescent mental health**. International Journal of Psychiatric Nursing Research, 12(1), 1364-1377.

HEIDRICH, Andrea Valente; BERNDT, Dulce Pinheiro; DIAS, Miriam. **As Conferências nacionais de saúde mental e o paradigma da desinstitucionalização**. 2017. disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/180848>. Acesso em 07/05/2023.

IBERO-AMERICANA, CÚPULA JUDICIAL. **Regras de Brasília sobre acesso à justiça das pessoas em condição de vulnerabilidade**. In: XIV Conferência Judicial Ibero-americana. Brasília. 2008. Disponível em: [Regras de Brasília sobre acesso à Justiça das pessoas em condição de vulnerabilidade](#). Acesso em 07/05/2023.

KICKBUSCH, I., & Berger, C. B. (2010). **Diplomacia da saúde global**. Revista Eletrônica De Comunicação, Informação & Inovação Em Saúde, 4(1). Disponível em: <https://doi.org/10.3395/reciis.v4i1.693>. Acesso em 01/04/2023.

JOHNSON, Allan. **Dicionário de sociologia: guia prático da linguagem sociológica**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. Disponível em: [Dicionário de Sociologia: guia prático da linguagem sociológica](#). Acesso em 28/11/2024

MAGALHÃES, Ana Maria. **A Psicopatia à luz das sanções penais: inimputabilidade ou falha do sistema legislativo**. 2019. 46 f. Monografia (Especialização) - Curso de Direito, Unievangélica, Anápolis, 2019. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/1263/1/Monografia%20-%20Ana%20Maria%20Magalh%C3%AAs.pdf>.

MARIANO, Cynara Monteiro. **Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre**. Revista de investigações constitucionais, v. 4, p. 259-281, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/rinc.v4i1.5028>. Acesso em 07/05/2023.

MENDES, E. V. (Org.) **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1993. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12901993000100010>. Acesso em 06/05/2023.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 21, p. 77-92, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100004>. Acesso em 23/04/2023.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. **História oral: como fazer, como pensar**. 2.ed., 4ª reimpressão. São Paulo (SP): Contexto; 2015. Disponível em: [José Carlos Sebe B. Meihy Fabíola Holanda COMO Fazer COMO Pensar](#). Acesso em 23/04/2023.

MONTENEGRO, Antonio Torres. **História e memória: combates pela história**. História Oral, [S. l.], v. 10, n. 1, 2012. Disponível em: [História e memória: combates pela história](#). Acesso em: 30/07/2023.

MOREIRA, Leonardo Melo. **Entre o medo e a indiferença: a implantação das medidas de segurança no Distrito Federal**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015. Disponível em: [Entre o medo e a indiferença: a implantação das medidas de segurança no Distrito Federal](#). Acesso em 01/04/2024

MOREIRA, Rafael da Silveira; SANTOS, Lucas Fernando Rodrigues dos; SOUSA, Marcos Henrique Oliveira. **Organização Mundial da Saúde: origem, políticas, percurso histórico e ações frente à pandemia da COVID-19**. Estudos universitários: revista de cultura, v. 37, 2020. Disponível em: [Fiocruz - Estudos Universitários](#). Acesso em 06/05/2023.

NASCIMENTO, Domingos Sávio; FAGUNDES, Paulo Roberto; DO ROSÁRIO, Nilson. **Êxitos e desafios da reforma psiquiátrica no Brasil, 22 anos após a declaração de Caracas**. Medwave, v. 12, n. 10, 2012. Disponível em: [Êxitos e desafios da reforma psiquiátrica no Brasil](#) Acesso em 30/09/2023.

OLIVEIRA, Luciano Moreira de. **Conteúdo normativo do direito à saúde: definição do núcleo essencial segundo a abordagem das capacidades**. Revista de Informação Legislativa: RIL, Brasília, DF, v. 59, n. 234, p. 197-215, abr./jun. 2022. Disponível em: [Senado Federal - Revista de Informação Legislativa](#). Acesso em 01/04/2023.

OLIVEIRA, Gustavo Carvalho de et al. **O exame de verificação de cessação de periculosidade: a importância da avaliação ampliada em um caso com conclusão contrária ao parecer da equipe assistente**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 19, p. 322-341, 2016

Organização das Nações Unidas - ONU. Resolução 217 A III - **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: [Universal Declaration of Human Rights - Portuguese](#). Acesso em: 14 de março de 2022.

_____. **Declaração dos Direitos do Deficiente Mental**. 1971. Disponível em: [Declaração de Direitos do Deficiente Mental](#). Acesso em: 23/01/2023.

_____. Resolução 46/119 **Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental**. 1991. Disponível em: [Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care | OHCHR](#). Acesso em: 23/01/2023.

_____. **Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência**. Resolução A/61/611, 13/12/06. Nova York: 2006. Disponível em: [Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência](#). Acesso em 06/05/2023.

Organização Mundial da Saúde - OMS. **Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde**, OMS 2020. disponível em: [OMS - MANUAL - 2020](#). Acesso em 06/05/2023.

_____. INCERTOS, TEMPOS. vidas instáveis: construir o futuro num mundo em transformação. **Relatório do Desenvolvimento Humano**, v. 2022, p. 2022, 2021. Disponível em: [Relatório do Desenvolvimento Humano - PNUD](#). Acesso em 17/04/2023.

OPAS, **Constitución de la Organización Panamericana de la Salud**. Adoptada por el Consejo Directivo en su I Reunión, celebrada en Buenos Aires, Argentina, del 24 de septiembre al 2 de octubre de 1947. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/45986/DO_308_ch4.pdf. Acesso em 06/05/2023.

_____, **Declaração de Caracas**. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde, 1990. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf. Acesso em 06/05/2023.

PÁDUA, E. M. M. de. O processo de pesquisa. In: _____. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática**. Campinas: Papyrus, 1997. p. 29 – 89. (Coleção Práxis).

PARAÍBA, **Lei nº 7.639, de 23 de julho de 2004** Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Estado da Paraíba e dá outras providências. Disponível em: <https://auniao.pb.gov.br/servicos/doe/2004/julho/diario-oficial-24-07-2004.pdf>. Acesso em: 23 de janeiro de 2023.

_____. **Diretrizes operacionais das escolas da rede estadual de educação da Paraíba**. 2023. Disponível em: [DIRETRIZES OPERACIONAIS](#). Acesso em: 23 de setembro de 2023.

_____. **Plano estadual de educação para as pessoas privadas de liberdade e egressas do sistema penal 2021-2024**. Disponível em: [Plano Estadual de Educação para as Pessoas Privadas de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional](#). Acesso em: 23 de setembro de 2023.

_____, Tribunal de Justiça da Paraíba. **Provimento-nº-13-2013**. Institui a remição por leitura nos Juízos com competência em Execução Penal no Estado da Paraíba, relacionados aos apenados custodiados em regime fechado; Define critérios quanto a avaliação e o respectivo procedimento. Disponível em: [Provimento-nº-13-2013 TJPB](#). Acesso em: 23 de setembro de 2023.

PIOVESAN, Flávia. **Declaração Universal de Direitos Humanos: desafios e perspectivas**. Revista Brasileira de Estudos Jurídicos, v. 9, n. 2, p. 31, 2014.

RANIERI, Nina Beatriz Stocco. **O Estado democrático de direito e o sentido da exigência de preparo da pessoa para o exercício da cidadania, pela via da educação**. 2009. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: [Nina Beatriz Stocco Ranieri](#). Acesso em: 23 de janeiro de 2023.

REBOLI, Karla Garcia; KRÜGER, Tânia Regina. **Participação e saúde mental: as conferências nacionais de saúde mental**. In: Congresso Catarinense de Assistentes Sociais. Florianópolis. 2013. Disponível em: [Participação e saúde mental: as Conferências Nacionais de Saúde Mental](#). Acesso em 17/04/2023.

RODRIGUES, Jaime; MIRANDA, Marcia Eckert; BOTELHO, Denilson. **O acervo de prontuários do Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo (1903-1930)**. Revista de fontes, v. 3, n. 4, p. 14-70, 2016. Disponível em: Vista do O Acervo de prontuários do Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo (1903- 1930). Acesso em 22/07/2023.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. In: Transtorno mental e o cuidado na família. 2011. p. 367-367.

ROSÁRIO, Celita Almeida; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; MATTA, Gustavo Corrêa. **Sentidos da universalidade na VIII conferência nacional de saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde**. Saúde em debate, v. 44, p. 17-31, 2020. Disponível: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012401>. Acesso em 23/04/2023.

SÃO PAULO, **Decreto nº 28.195, de 27/01/1988**. Transforma o Manicômio Judiciário em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Franco da Rocha, dispõe sobre sua organização. disponível em: [Decreto nº 28.195, de 27 de janeiro de 1988](#). Acesso em 23/04/2023.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **Saúde e Sociedade: uma história da política nacional de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2009.

SEIXAS, André Augusto Anderson; MOTA, André; ZILBREMANN, Monica L. **A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 31, p. 82-82, 2009. Disponível em: [Seixas, Mota, Zilbreman, 2009](#). Acesso em 22/07/2023.

SILVA, Ana Beatriz Ribeiro Barros. **O salvador, o realizador e o democrata: a construção do mito político do interventor Ruy Carneiro (1940-1945)**. In: CAVALCANTE NETO, Faustino Teatrino; SANTOS NETO, Martinho Guedes dos & GUEDES, Paulo Henrique M. de Queiroz (orgs.) *Cultura e poder político: historiografia, imaginário social e representações da política na Paraíba republicana*. João Pessoa: Editora Universitária – UEPB, 2011.

SILVA, Ana Terra de Leon. **Os nomes da loucura: discurso diagnóstico e tratamentos na emergência da psiquiatria em Santa Catarina (1939-1942)**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em História, Florianópolis, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/216240>. Acesso em 04/02/2024.

SILVA, Daviana Granjeiro (2019). **A Interventoria de Ruy Carneiro (1940-1945) e o patriotismo na Paraíba durante a Segunda Guerra Mundial**. Anais do 30º Simpósio Nacional de História - Associação Nacional de História, Recife. disponível em: https://www.snh2019.anpuh.org/resources/anais/8/1565310550_ARQUIVO_ArtigoCompleto.pdf. Acesso em: 23/04/2023.

SILVA, Élide R.M.& SILVA,Adelmo T. **A Emenda Constitucional 86 e o Impacto no Orçamento da Saúde**. Revista INTERFACE – Natal/RN – v.12 nº 2 | jul/dez 2015. Disponível em: [UFRN - Revista INTERFACE -2015](#). Acesso em 07/05/2023.

SILVA, José Afonso da. **Manual da Constituição de 1988**. São Paulo. Ed. Malheiros, 2002.

SILVA, Nilce da. “Alfabetização” e “Letramento”: construção de novos significados. **acolhendo a alfabetização nos países de língua portuguesa**, v. 1, n. 1, p. 73-88, 2007. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reaa/article/view/11447/13215>.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. **O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saúde e sociedade**, v. 19, p. 509-517, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300004>. Acesso em: 01/04/2023

TSU, Tânia M. J. Aiello; TOFOLO, Valdenir. **Concepções etiológicas de pacientes psiquiátricas sobre doença mental**. *Psicol. USP, São Paulo*, v. 1, n. 2, p. 155-166, dez. 1990. Disponível em <[Concepções etiológicas de pacientes psiquiátricas sobre doença mental](#)> Acesso em 05/11/2023.

VALENTIM, Renata Patricia Forain de ; DE ARAÚJO, Gustavo Henrique Aragão Muniz; PETRONE, Rafaela Antunes Fernandes. **Ser infamiliar no Brasil contemporâneo: As políticas governamentais para a saúde mental entre 2010 e 2020**. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, v. 14, n. 40, p. 73-89, 2022. Disponível em:<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80581/51827>. Acesso em: 26 jan. 2024.

VASAK, Karel. **Os direitos humanos: declaração universal e perspectivas**. São Paulo: Ática, 1989, p. 74

VENTURA, D., & Perez, F. A.. (2014). **Crise e reforma da Organização Mundial da Saúde. Lua Nova: Revista De Cultura E Política**, (Lua Nova, 2014 (92)), 45-77. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-64452014000200003>. Acesso em 06/05/2023.

VENTURINI, Ernesto. **A desinstitucionalização: limites e possibilidades**. *Journal of Human Growth and Development*, v. 20, n. 1, p. 138-151, 2010. Disponível em: [A Desinstitucionalização: limites e possibilidades](#). Acesso em 01/10/2024

VIEIRA, Padre Antonio. **Sermões**: Antologia. Edições Vercial, 2014. Disponível em: [VIEIRA, Padre Antonio. Sermões](#). Acesso em 06/05/2024.

XIMENES, Julia Maurmann. **Reflexões sobre o conteúdo do Estado Democrático de Direito**. *Rev. Cient. Eletrônica ATENA*, v. 2, p. 14, 2007. Disponível em: [/Reflexões sobre o conteúdo do Estado Democrático de Direito](#). Acesso em 06/05/2023.

WEBER, César Augusto Trinta. **Residenciais terapêuticos: o dilema da inclusão social de doentes mentais**. ediPUCRS, 2012.

WHO, World Health Organization and the International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank 2017. **Rastreamento da cobertura universal de saúde: relatório de monitoramento global de 2017** (inglês). Washington, DC: Grupo do Banco Mundial. Disponível em [WHO and International Bank 2017](#) Acesso em: 01/04/2023

ZAVAGLIA, Claudia: **Os dicionários brasileiros e o palavrício**. *DELTA: Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada*, v. 35, 2019. Disponível em: acessar <https://doi.org/10.1590/1678-460X2019350103>. Acesso em 21/11/2023.

APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES – CCHLA
NÚCLEO DE CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS – NCDH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS, CIDADANIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS – PPGDH

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada **“Saúde não se vende, Louco não se prende! Desafios e perspectivas rumo ao fim do Manicômio Judiciário da Paraíba”**, que está sendo desenvolvida pelo pesquisador responsável Manoel Rodrigues e Silva, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a. Monique Guimarães Cittadino.

Para tanto você precisará assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que visa assegurar a proteção, a autonomia e o respeito aos participantes de pesquisa em todas as suas dimensões: física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e/ou espiritual – e que a estruturação, o conteúdo e forma de obtenção dele observam as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos preconizadas pelas **Resoluções 466/12 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde**.

O objetivo primário do estudo é discutir os desafios e obstáculos dos caminhos para o fim do Manicômio Judiciário da Paraíba, a partir das transformações ocasionadas pela determinação da Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

Os objetivos secundários são: contextualizar os aspectos institucionais referentes a égide da legislação antimanicomial brasileira; descrever – através dos diálogos travados a partir da memória oral dos partícipes desse processo – os principais mecanismos de compreensão referente ao fim do Manicômio Judiciário da Paraíba e refletir sobre os desafios e perspectivas para o fim do Manicômio Judiciário da Paraíba.

A pesquisa possui uma abordagem qualitativa e utilizará como instrumento para a coleta de dados a entrevista semiestruturada com o auxílio de um roteiro de perguntas. A entrevista será gravada, além dos registros e anotações a próprio punho utilizando papel e caneta, pelo pesquisador.

Sua decisão de participar neste estudo deve ser voluntária e não resultará em nenhum custo ou ônus financeiro para você. Portanto, você não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum prejuízo ou punição. Além disso, todos os dados e informações fornecidos por você serão tratados de forma confidencial e, para isso, as entrevistas serão arquivadas de forma anônima, não permitindo a sua identificação e garantindo, dessa forma, o sigilo e a proteção à sua imagem e privacidade.

Assim, solicitamos a sua colaboração para a realização da entrevista, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em forma de dissertação de mestrado e também em eventos e futuras publicações em revistas científicas assegurando o compromisso de que a divulgação dos dados será realizada sem qualquer identificação das participantes.

Os riscos aos quais você, enquanto participante da pesquisa, estará assumindo são mínimos, mas envolvem o cansaço das entrevistas, a necessidade de relembrar memórias da sua vida e o possível constrangimento de responder às perguntas presentes no roteiro. Para minimizar esses riscos, você poderá pedir para pausar a entrevista a qualquer momento, além de ter acesso às perguntas antes do início das entrevistas. Também é importante lembrar que o pesquisador não estará em posição de julgamento e que as entrevistas não possuem de nenhuma forma o intuito de atribuir juízos de valor ou causar qualquer desconforto.

Os benefícios da pesquisa não serão diretos, porém, o estudo pode auxiliar na compreensão dos desafios e perspectivas na proteção dos direitos humanos das pessoas portadoras de transtornos mentais mantidas sob custódia no âmbito dos estabelecimentos do sistema penal.

O pesquisador responsável estará disponível para responder quaisquer dúvidas antes, durante e após as entrevistas. Dessa forma, caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com:

Pesquisador Responsável: Manoel Rodrigues e Silva, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: manorod@gmail.com;

Professora Orientadora Dr^a. Monique Guimarães Cittadino, docente do Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: monique@garibaldijpa.com.br

Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas localizado na Central de Aulas, Bloco B, da Universidade Federal da Paraíba, Campus I – Cidade Universitária –, CEP 58051-900. Telefone (83) 3216-7171. Email: ppgdh.ufpb@gmail.com. Horário de funcionamento: de 07h às 12h e de 13h às 16h;

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) localizado no 1º andar do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – Campus I – Cidade Universitária –, CEP 58051-900. João Pessoa – PB. Telefone: (83) 3216-7791. E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br. Horário de funcionamento: de 07h às 12h e de 13h às 16h.

Diante do exposto, ao colocar sua assinatura ao final deste documento, **VOCÊ**, de forma voluntária, na qualidade de **PARTICIPANTE** da pesquisa, expressa o seu consentimento livre e esclarecido para participar deste estudo e para a publicação dos resultados e declara que está suficientemente informado, de maneira clara e objetiva, acerca da presente investigação. E receberá uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado pelo Pesquisador Responsável.

João Pessoa, PB _____ de _____ de 2023.

Assinatura, por extenso, do Participante da Pesquisa

Assinatura, por extenso, do Pesquisador Responsável pela pesquisa

Apêndice B - Entrevistas

Grupo 1 Policiais Penais, Profissionais de Saúde e da Assistência Social que trabalham no Manicômio Judiciário da Paraíba

Idade:

Sexo:

Formação acadêmica:

Tempo de atuação na instituição:

Carga horária semanal de trabalho:

Função: _____

1. Qual é sua função no Manicômio Judiciário da Paraíba e qual a sua experiência de trabalho na Instituição?
2. Como é o processo de acolhimento e avaliação dos pacientes que chegam ao Manicômio Judiciário da Paraíba?
3. Você classificaria o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico como instituição de saúde ou uma instituição prisional?
4. Como se dá a relação entre os pacientes e os funcionários?
5. Que medidas são tomadas para garantir a segurança dos pacientes e dos profissionais dentro da instituição?
6. Como é a preparação e treinamento da equipe para lidar com situações de crise?
7. Quais são os principais desafios que você enfrenta no tratamento e acompanhamento de pacientes?
8. Como é o acompanhamento pós-alta (a desinstitucionalização) dos pacientes que passaram pelo manicômio judiciário?
9. Existem programas específicos de reabilitação ou reinserção social que você considera bem-sucedidos?
10. O que você sabe sobre o Movimento antimanicomial? E sobre a Lei da Reforma Psiquiátrica?
11. Qual sua opinião sobre a Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)?

Apêndice C - Entrevistas

Grupo 2 Magistrados(as), Defensores Públicos e Coordenação de Saúde Mental que atuam em casos do Manicômio Judiciário da Paraíba

Idade:

Sexo:

Tempo de atuação:

Cargo: _____

1. Como você descreveria a situação atual dos casos que envolvem o Manicômio Judiciário da Paraíba?
2. Como o sistema judiciário funciona em conjunto com profissionais de saúde e assistência social para garantir o tratamento adequado dos pacientes?
3. Quais são os maiores desafios que surgem em casos envolvendo o Manicômio Judiciário?
4. Como é o acompanhamento e supervisão judicial das condições no Manicômio Judiciário?
5. Que medidas são adotadas para garantir os direitos dos pacientes, como o acesso a advogados e a obrigação de representação legal?
6. Como você vê o papel do sistema judiciário na promoção dos direitos humanos dos pacientes no manicômio judiciário da Paraíba?
7. Você acredita que a sociedade em geral está bem informada sobre as questões relacionadas à saúde mental e ao sistema judicial?
8. Pode fornecer uma breve visão geral da Resolução nº 487/2023 do CNJ e do seu propósito central?
9. Como o CNJ planeja monitorar e fiscalizar o cumprimento desta Resolução?
10. Quais são as implicações da resolução para os prazos processuais e a celeridade dos processos judiciais?
11. Quais são as deliberações ou consequências para os Manicômios que não cumprem as determinações da Resolução nº 487/2023?