UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

POLÍTICA ANTIMANICOMIAL DO PODER JUDICIÁRIO BRASILEIRO: o trabalho da(o) assistente social na Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) em Sergipe

LEANDRO DOS SANTOS GUIMARÃES

PROF.ª PÓS-DOC SILMERE ALVES SANTOS
(Orientadora)

SÃO CRISTÓVÃO/SE
2025

LEANDRO DOS SANTOS GUIMARÃES

POLÍTICA ANTIMANICOMIAL DO PODER JUDICIÁRIO BRASILEIRO: o trabalho da(o) assistente social na Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) em Sergipe

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

PROF.ª PÓS-DOC SILMERE ALVES SANTOS
(Orientadora)

SÃO CRISTÓVÃO/SE
2025

LEANDRO DOS SANTOS GUIMARÃES

POLÍTICA ANTIMANICOMIAL DO PODER JUDICIÁRIO BRASILEIRO: o trabalho da(o) assistente social na Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) em Sergipe

TCC aprovado em 25 de julho de 2025.

Banca Examinadora

Documento assinado digitalmente
gov.br
SILMERE ALVES SANTOS
Data: 12/08/2025 09:23:18-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof.ª Pós-Doc Silmere Alves Santos (Orientadora)

Universidade Federal de Sergipe

Documento assinado digitalmente
gov.br
THALYTA RAYANNA FONTES ROCHA SANTOS
Data: 09/08/2025 23:08:00-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Thalyta Rayanna Fontes Rocha Santos

Assistente Social do CAPS III Jael Patrício de Lima de Aracaju/SE

Documento assinado digitalmente
gov.br
VERA MARIA DA ANUNCIACAO CARVALHO
Data: 12/08/2025 08:50:49-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Vera Maria da Anunciação Carvalho

Assistente Social da Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe

SÃO CRISTÓVÃO/SE
2025

AGRADECIMENTOS

Estar em uma Universidade Federal para fazer uma graduação não é fácil, principalmente para aqueles que vieram de famílias vulnerabilizadas, com pais que nem sequer tem o 2º grau completo. Essa é a minha história de vida e da minha família, é essa história que sempre me incentivou a realizar uma graduação e mudar o contexto social da minha rede familiar. Sendo assim, eu gostaria de agradecer a diversas pessoas que trilharam esse caminho comigo e me auxiliaram nesse processo, que foi bem árduo, porém essas pessoas facilitaram e sempre acreditaram no meu potencial.

Gostaria de agradecer primeiramente a Professora Pós-Doc. Silmere Alves Santos, que desde a disciplina de Pesquisa Social quando eu estava no 6º período da graduação, me motivou a pesquisar sobre esse objeto de pesquisa para o meu TCC, e acreditou que eu seria capaz de realizar essa pesquisa. As palavras com certeza nos dão força para prosseguirmos com o que queremos, e as palavras de Silmere me tocaram e fizeram acreditar no meu potencial de realizar uma pesquisa individual e com um objeto novo para o Serviço Social.

Agradeço também aos meus pais Lucilene e Ercílio, por me auxiliarem nesse processo de permanência na Universidade, mesmo estando em nossa cidade natal, Capela/SE, sempre fizeram o possível e o impossível para que eu concluísse essa graduação. Diversas vezes já pensei em desistir e retornar para a minha cidade, mas meus pais foram minha rede de apoio, minha terapia (risos), e com muita paciência sempre faziam eu mudar de ideia e refletir sobre as possibilidades que eu teria de ter um futuro melhor com uma graduação.

À minha professora do ensino médio Joélia Matos, que durante as aulas me auxiliou na preparação para prestar o ENEM, e através de seu incentivo consegui passar em Serviço Social na UFS, e fui um dos alunos a ter a melhor nota na redação do ENEM.

Aos meus amigos(as) da graduação, vida pessoal e familiares que estiveram comigo durante esses cinco anos dentro da Universidade e fora dela, e partilhamos momentos tanto angustiantes quanto felizes. Esses amigos diminuíram a dor de estar sozinho em uma nova cidade, e enfrentar tantas questões que me desestimulavam. Obrigado Nayara, Silvânia, Ana Paula, Carolaine, Clara, Emilly, Maíra, Mateuz, Sara, Eduarda, Catarina, Elisângela, Thaluany, Maíra, Julia, Andreza, Antônio, Gabriela, Deyvika, Alice, Roberta, Juliane, Nariely, Luí e Camila.

Dedico este trabalho aos profissionais que atuam com pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, principalmente as(os) assistentes sociais. Que após realizarem a leitura, compreendam por meio da criticidade que é preciso ser acolhedor e ético ao atender estes sujeitos.

Nosso grito é para libertar, acolher, conhecer, perceber, ser! Assistentes sociais na luta antimanicomial - presentes e potentes! (CFESS, 2022).

RESUMO

A pesquisa investiga a política antimanicomial do poder judiciário brasileiro. Nesse sentido, compreende-se a atuação da(o) assistente social na Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa Com Transtorno Mental em Conflito com a Lei em Sergipe, equipe criada pela política antimanicomial. Dentre os objetivos específicos temos: compreender historicamente a luta antimanicomial, a reforma psiquiátrica no contexto brasileiro e a privatização dos serviços de saúde; entender através da perspectiva histórica a loucura, a construção dos manicômios judiciários, e a implementação da política antimanicomial; investigar o processo de desinstitucionalização por meio do trabalho da EAP, as medidas terapêuticas no processo de desinstitucionalização, o trabalho da EAP em Sergipe, o exercício profissional da(o) assistente social na EAP/SE e as práticas terapêuticas no Serviço Social, contribuições da(o) assistente social na elaboração do PTS como forma de potencializar a desinstitucionalização. A pesquisa possui natureza exploratória, com caráter qualiquantitativo com procedimentos de pesquisa bibliográfica, documental e fontes primárias. Para a realização da pesquisa foi utilizado o materialismo histórico-dialético, para uma pesquisa com princípios da totalidade - ultrapassando a aparência. Dos principais resultados da pesquisa é apontado que o estigma em relação aos sujeitos que cumprem medidas de segurança ainda permanece na sociedade, e impacta no processo de desinstitucionalização. Além disso, percebe-se que a RAPS se encontra fragilizada justamente pela ausência de investimentos por parte do poder público, tendo em vista os governos brasileiros neoliberais e ultra neoliberais que fragmentaram a política de saúde mental. A pesquisa revelou a refilantropização dos serviços de saúde mental, um processo em que recursos públicos são direcionados para instituições filantrópicas, como as comunidades terapêuticas, que são frequentemente denunciadas por práticas que ferem os direitos humanos. Além disso, o desfinanciamento da política de saúde mental fragiliza a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), impedindo-a de atender adequadamente às necessidades das pessoas em processo de desinstitucionalização dos HCTPs e demais sujeitos com transtornos mentais em conflito com a lei. A pesquisa defende que o tratamento desses sujeitos seja realizado nas unidades de referência da RAPS, e não em instituições filantrópicas, visando garantir uma assistência mais humanizada e eficaz. A pesquisa aponta que o processo de trabalho da(o) assistente social na EAP exige uma análise que transcenda as meras expressões da questão social, aprofundando-se nos complexos sociais. Isso se justifica, pois os dados indicam que as pessoas acompanhadas pela EAP são predominantemente homens com transtornos mentais que cometeram delitos, com a violência doméstica sendo a de maior incidência. Tal cenário aponta para a influência de sistemas estruturais, como o patriarcalismo, que historicamente segregam determinados grupos e cujas raízes antecedem o próprio capitalismo, impactando profundamente as relações sociais e a vida desses sujeitos.

Palavras-chave: Política Antimanicomial. EAP. Desinstitucionalização. Rede de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

The research investigates the anti-asylum policy of the Brazilian judiciary. In this sense, the role of the social worker in the Evaluation and Monitoring Team for Therapeutic Measures Applicable to People with Mental Disorders in Conflict with the Law in Sergipe, a team created by the anti-asylum policy, is also understood. Among the specific objectives, we have: to historically understand the anti-asylum movement, the psychiatric reform in the Brazilian context, and the privatization of health services; to understand, through a historical perspective, madness, the construction of forensic psychiatric hospitals, and the implementation of the anti-asylum policy; to investigate the deinstitutionalization process through the work of the EAP (Equipe de Atenção Psicossocial - Psychosocial Care Team), the therapeutic measures in the deinstitutionalization process, the work of the EAP in Sergipe, the professional practice of the social worker in the EAP/SE (Sergipe), and the therapeutic practices in Social Work, contributions of the social worker in the elaboration of the PTS (Projeto Terapêutico Singular - Singular Therapeutic Project) as a way to potentiate deinstitutionalization. The research is exploratory in nature, with a mixed-methods approach (qualitative and quantitative) using bibliographic research, documentary research, and primary sources. The research utilized historical-dialectical materialism, employing a methodology based on the principle of totality—going beyond appearances. One of the main findings of the research indicates that the stigma surrounding individuals serving security measures persists in society and impacts the deinstitutionalization process. Furthermore, it is evident that the RAPS (Brazilian Network for Psychosocial Care) is weakened precisely by the lack of investment from the public sector, given the neoliberal and ultra-neoliberal Brazilian governments that fragmented mental health policy. The research revealed the re-philanthropization of mental health services, a process in which public resources are channeled to philanthropic institutions, such as therapeutic communities, which are frequently denounced for practices that violate human rights. Furthermore, the underfunding of mental health policy weakens the Psychosocial Care Network (RAPS), preventing it from adequately meeting the needs of people undergoing deinstitutionalization from psychiatric hospitals and other individuals with mental disorders in conflict with the law. The research argues that the treatment of these individuals should be carried out in the reference units of the RAPS (Rede de Atenção Psicossocial - Psychosocial Care Network), and not in philanthropic institutions, aiming to guarantee more humane and effective care. The research indicates that the work process of the social worker in the EAP requires an analysis that transcends mere expressions of the social issue, delving deeper into the complexities of society. This is justified because the data indicates that the individuals monitored by the EAP are predominantly men with mental disorders who have committed crimes, with domestic violence being the most frequent. Such a scenario points to the influence of structural systems, such as patriarchalism, which historically segregate certain groups and whose roots predate capitalism itself, profoundly impacting social relations and the lives of these individuals.

Keywords: Anti-Asylum Policy. EAP. Deinstitutionalization. Psychosocial Care Network.

LISTA DE SIGLAS

AMent Rede de Ambulatório de Saúde Mental

BID Banco Interamericano de Desenvolvimento

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CEBES Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEBRAP Centro Brasileiro de Análise e Planejamento

CF/1988 Constituição Federal de 1988

CFESS Conselho Federal de Serviço Social

CNJ Conselho Nacional de Justiça

CNPCP Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

CONAD Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

CRAS Centro de Referência de Assistência Social

CREAS Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRESS Conselho Regional de Serviço Social

CTI Comissão Intergestores Tripartite

CTs Comunidades Terapêuticas

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

EC Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos

eMAESM Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental

FMI Fundo Monetário Internacional

HCTP Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico execução pe

INPS Instituto Nacional de Previdência Social

LEP Lei de Execução Penal

LOAS Lei Orgânica de Assistência Social

MPAS Ministério da Previdência e Assistência Social

MLA Movimento da Luta Antimanicomial

MNLA Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

MRP Movimento Reforma Psiquiátrica

MRS Movimento Reforma Sanitária

MS Medida de Segurança

MTSM Movimentos dos Trabalhadores em Saúde Mental

PEP Projeto Ético-Político

PTS Projeto Terapêutico Singular

PNSM Política Nacional de Saúde Mental

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

RELIPEN Relatório de Informações Penais

REME Movimento de Renovação Médica

SEJUC Secretaria de Estado da Justiça e do Consumidor

SOSINTRA Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho

SRT Serviços de Residência Terapêutica

STF Supremo Tribunal Federal

SUS Sistema Único de Saúde

UAA Unidade de Acolhimento Adulto

UCP/SE Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe

LISTAS DE TABELAS, GRÁFICOS, QUADROS E IMAGENS

1 Gráfico 1 Presos em Medidas de Segurança em Regime de Internação (dados de janeiro a junho de 2024).....20
2 Tabela 1 Sexo das Pessoas em Medidas de Segurança em Regime de Internação (dados de janeiro a junho de 2024).....21
3 Gráfico 2 Presos em Medidas de Segurança em Regime de Internação (dados de julho a dezembro de 2025).....22
4 Tabela 2 Sexo das Pessoas em Medidas de Segurança em Regime de Internação (dados de julho a dezembro de 2025).....23
5 Gráfico 3 Presos em Medida de Segurança em Tratamento Ambulatorial (dados de janeiro a junho de 2024).....24
6 Tabela 3 Sexo das Pessoas Presas em Medida de Segurança em Tratamento Ambulatorial (dados de janeiro a junho de 2024).....25
7 Gráfico 4 Presos em Medida de Segurança em Tratamento Ambulatorial (dados de julho a dezembro de 2025).....26
8 Tabela 4 Sexo das Pessoas Presas em Medida de Segurança em Tratamento Ambulatorial (dados de julho a dezembro de 2025).....27
9 Gráfico 5 Vagas em Comunidades Terapêuticas Financiadas pelo Governo Federal ……...60
10 Quadro 1 Serviços da EAP no Brasil ……...……...72
11 Imagem 1 Fluxograma da Audiência de Custódia …….....……...……74
12 Imagem 2 Fluxograma da EAP em Sergipe …….…….85
13 Quadro 2 Comunidades Terapêuticas em Sergipe ……..……94
14 Quadro 3 Perfil das Pessoas Acompanhadas pela EAP/SE ……96
15 Quadro 4 Perfil das Profissionais que compõem a EAP/SE …….....……...111

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **13**

1 POLÍTICA ANTIMANICOMIAL DO PODER JUDICIÁRIO: contexto e elementos da pesquisa……...17

2 LUTA ANTIMANICOMIAL, reforma psiquiátrica e a privatização dos serviços de saúde **37**

2.1 Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica no Brasil 37

2.2 A onda neoliberal e a privatização dos serviços de saúde no Brasil 41

2.3 O ultra neoliberalismo no Governo Temer e Bolsonaro e o desmonte da Política Nacional de Saúde Mental 50

2.4 Conjuntura da Política Nacional de Saúde Mental no Governo Lula III 57

3 HISTÓRIA DA LOUCURA, construção dos manicômios judiciários e a implementação da política antimanicomial do poder judiciário **62**

3.1 Contexto histórico da loucura e a construção dos manicômios judiciários 62

3.2 Política Antimanicomial do Poder Judiciário e a construção da EAP 69

4 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO ATRAVÉS DO TRABALHO DA EAP **78**

4.1 As medidas terapêuticas comunitárias no processo de desinstitucionalização 78

4.2 O trabalho da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei em Sergipe 84

4.2.1 O perfil das pessoas com transtornos mentais em conflito com a Lei acompanhadas pela EAP/SE……....95

4.3 O trabalho profissional do serviço social na Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Pessoas com Transtornos Mentais em Conflito com a Lei em Sergipe……...99

4.4 As práticas terapêuticas no Serviço Social, a participação da(o) assistente social na elaboração do Projeto Terapêutico Singular como potencializador da desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais em conflito com a Lei 116

CONSIDERAÇÕES FINAIS **122**

REFERÊNCIAS **130**

APÊNDICES **137**

FONTES BIBLIOGRÁFICAS A/1 **138**

FONTES DOCUMENTAIS A/2 **144**

ANEXO 1 - Modelo de Projeto Terapêutico Singular **149**

INTRODUÇÃO

A princípio, em face do cenário da luta histórica antimanicomial no Brasil, alguns avanços foram direcionados a forma como o sistema de justiça visualiza e aplica sanções penais em razão da semi-imputabilidade e a inimputabilidade da pessoa com transtorno mental que cometeram delitos e que cumprem medidas de segurança. Desse modo, nesta pesquisa busca-se analisar a Política Antimanicomial que faz parte do Poder Judiciário brasileiro, que através dela as configurações da justiça mudam sobre estes sujeitos. Com isso, a pesquisa tem a finalidade de analisar as determinações outorgadas por meio desta política no sistema de justiça, além de investigar o trabalho da(o) assistente social na Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Pessoas com Transtornos Mentais em Conflito com a Lei em Sergipe.

Nesse contexto, na primeira seção é contextualizado o objeto de pesquisa, apresentando as questões norteadoras, as hipóteses, os objetivos sendo o geral e os específicos e a justificativa. O método utilizado é o materialismo histórico dialético, o qual faz essa aproximação de analisar a realidade por meio da totalidade, o tipo de pesquisa é exploratória justamente por seu um tema recente para o Serviço Social. Além disso, trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental com fontes que estão em apêndices no final deste trabalho, os procedimentos de análise desses materiais integram a análise de conteúdo e de conjuntura. Neste TCC existem fontes primárias, por exemplo, os dados dos sujeitos acompanhados pela EAP/SE e do perfil da equipe, o acesso a essas informações foi permitido pela coordenadora da EAP/SE, a qual não exigiu ofício de liberação desses dados.

Vale ressaltar que na segunda seção é compreendido a luta antimanicomial em uma perspectiva histórica, como movimento de força social e política que modificou a estrutura do tratamento em saúde mental que antes violava os direitos humanos, e com a pressão e reivindicação de movimentos como o Movimento da Luta Antimanicomial e o Movimento de Trabalhadores de saúde mental é sancionada a Lei 10.216 em 2001 da reforma psiquiátrica que cria a assistência em saúde mental e promove direitos a dignidade e tratamentos de cunho territorial por meio dos CAPS que estão na comunidade.

Diante disso, essas particularidades que fazem parte do processo histórico da construção da política de saúde mental no Brasil junto à análise de conjuntura da situação das unidades que são referências da Rede de Atenção Psicossocial no que tange ao financiamento nos governos de FHC I e II, Lula I e II, Dilma I e II, Temer, Bolsonaro e Lula III, é realizado

com a intencionalidade de verificar se foram realizados investimentos na Política Nacional de Saúde Mental ou se essa política desde sempre sofreu ataques dos governos neoliberais e ultra neoliberais no contexto brasileiro, justamente para entender se esses equipamentos estão em condições de atender as demandas dessas pessoas que estão sendo desinstitucionalizadas dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e demais sujeitos com transtornos mentais em conflito com a lei que serão encaminhados para acompanhamento pelos equipamentos da RAPS, a partir da avaliação e aplicação de medidas terapêuticas segundo Projeto Terapêutico Singular.

Na terceira seção é discutida a história da loucura, compreendendo que a sociedade excluía aqueles considerados anormais, e com o passar dos anos a loucura é observada por formas diferentes sendo associadas ao sobrenatural, pois, esses sujeitos eram considerados como "aqueles possuídos pelo demônio", sendo assim o tratamento a essas pessoas estavam voltados ao espancamento, tortura e aprisionamento, logo em sequência com a psiquiatria a observação sobre essas pessoas mudou e o olhar passa a ser direcionado a "doença mental" em que o tratamento nesse quesito é utilizado por meio de instrumentos terapêuticos trazidos pelo psiquiatra Phillipe Pinel, mas ainda com tendências de moralização e tortura. Nesse contexto, persiste-se o isolamento e violações de direitos no tratamento a essas pessoas, apenas após o iluminismo é que a concepção que o social tinha dos loucos é tratado como assunto médico científico, surgindo no século XIX hospitais para esses sujeitos com condições mais adequadas, como o Hôtel-Dieu em Paris, mas ainda na lógica de aprisionamento.

O louco como infrator surge com a psiquiatria, a teoria da monomania e da degeneração contribuiu para a criação do manicômio judiciário para onde os loucos criminosos seriam destinados, o que na atualidade se configuram como Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou com outras denominações, por exemplo, Unidade de Custódia Psiquiátrica. Dessa forma, mesmo com a Lei 10.216/2001 que cria a reforma psiquiátrica que assegura a assistência em saúde mental de base territorial, os manicômios judiciários continuaram funcionando. Nesse sentido, em 2014 com a promulgação da Política de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional é que se estruturam ações psicossociais sob a perspectiva das redes de atenção à saúde no sistema carcerário, o que contribuiu para a sanção da portaria que cria o serviço da EAP que posteriormente foi revogada. No ano de 2023 foi publicada a Resolução 487 do CNJ que sanciona a política antimanicomial, a qual estabelece o fechamento de todos os HCTPs no Brasil e outorga que a EAP será a equipe que avaliará os casos de sujeitos com transtornos mentais em conflito com

a lei no sistema de justiça e realizará a avaliação e acompanhamento, articulando as políticas públicas com o Poder Judiciário para executar ações terapêuticas de base comunitária a partir de Projetos Terapêuticos Singulares, sendo um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas com um indivíduo, uma família ou um grupo que resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. Geralmente, esse projeto é dedicado a situações mais complexas, buscando a singularidade como elemento central. Objetiva-se atender as especificidades de cada sujeito e cada demanda, por isso é denominado singular. Deste modo é necessário escutar e incorporar ao PTS elementos particulares de cada sujeito, não se partindo do pressuposto de indicações terapêuticas pré-estabelecidas para determinadas condições de saúde ou doença

Na quarta seção é investigado de início o processo de desinstitucionalização através do trabalho da EAP nos Estados do Mato Grosso e Piauí que apresentam desafios na estrutura dessas equipes pela ausência do quantitativo ideal de profissionais e da fragilidade da política de saúde mental que afetam o trabalho de reinserção desses sujeitos na sociedade, porém ainda alguns avanços são conquistados com a implementação dessas equipe, por exemplo, algumas pessoas foram acolhidas pela rede de atenção psicossocial e pela família após a intervenção da EAP. Além disso, é analisado o trabalho da EAP em Sergipe que foi um dos primeiros estados a implementar esse serviço em 2023 e observado o fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe da execução desse novo serviço requisitado pela política antimanicomial, a regulamentação da equipe em portaria aconteceu somente em 2024, a qual estava integrada no Fórum Gumersindo Bessa em Aracaju, junto a Central Plantonista, porém passou a estar lotada na Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. Ademais, é feita pesquisa sobre o perfil com os dados coletados das pessoas em acompanhamento pela EAP/SE, o qual revela que a realidade social é permeada por contradições que fazem parte dos complexos sociais e não das expressões da questão social - relação entre capital e trabalho, assim o Serviço Social presente na equipe necessita ampliar o seu olhar sobre o que de fato a profissão é requisitada para desenvolver as suas atribuições.

Desse modo, pela complexidade das demandas desses sujeitos, essa equipe na portaria sugere que seja interdisciplinar, e a(o) assistente social é um desses profissionais que compõem essa equipe, sendo um(a) trabalhador(a) essencial na viabilização e defesa de direitos. Com isso, é analisado o trabalho de assistentes sociais, compreendendo suas atribuições e outras particularidades profissionais a partir da criticidade, por meio de dados disponibilizados pela coordenação da equipe sobre o perfil das profissionais, um trabalho inscrito não apenas na divisão social do trabalho, mas também sexual e racial, e essa

conjuntura da Política Antimanicomial reconfigura o trabalho desses(as) profissionais, principalmente na execução de seu trabalho que se encontra fragmentado pela ausência de condições dignas de trabalho, em razão da necessidade de um quadro maior de profissionais - o que se assemelha a situação das equipes em outros estados como no Mato Grosso quanto no Piauí - e de valorização salarial, além da focalização da política de saúde mental que impacta na desinstitucionalização.

Nesse contexto, é discutida a imprescindibilidade da formação continuada e a formação especializada no tema sob o risco da prática profissional retomar o Serviço Social Clínico - porventura das profissionais participarem da construção do Projeto Terapêutico Singular - a partir de um exercício desfocado das relações sociais que envolvem o patriarcado, racismo e o sistema capitalista, que impactam na existência e nas relações da comunidade entre si, principalmente, no que refere a esses sujeitos inimputáveis que cometeram delitos, os quais segundo os dados da pesquisa estão relacionados aos sistemas que exploram, oprimem e dominam grupos vulnerabilizados.

O sistema de justiça tem uma relação com esses sujeitos na cena contemporânea a partir da política antimanicomial de trabalhar na lógica da "corresponsabilização" dessas pessoas, em que o sistema de justiça, as políticas sociais e as famílias devem exercer seus papéis de apoio frente às necessidades que esses sujeitos apresentam. Porém, em razão da óptica neoliberal e ultra neoliberal as políticas públicas estão fragmentadas, sendo assim é importante as EAPs compreenderem os limites dos serviços da rede de proteção social sendo oriundos desse processo de desfinanciamento. Desse modo, não responsabilizando as famílias em acolher essas pessoas, o que se configura como violência secundária, justamente tendo em vista que os delitos cometidos por essas pessoas afetam a família, comunidade e sociedade.

Esta pesquisa é indicada principalmente aos assistentes sociais que atuam nas EAPs em todo o Brasil, nos Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos e outras unidades de referência da Rede de Atenção Psicossocial que trabalham com pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, justamente para que a categoria profissional entenda as nuances que a política antimanicomial trazem para o seu exercício profissional, assim, as ações realizadas estejam de acordo com o Projeto Ético-Político Profissional, ou seja, que o exercício profissional contribua para a transformação social e não em acatar as determinações do Poder Judiciário sem analisá-las criticamente e violar direitos seja do sujeito com transtorno mental que está em conflito com a lei ou de sua rede familiar.

1 POLÍTICA ANTIMANICOMIAL DO PODER JUDICIÁRIO: contexto e elementos da pesquisa

A priori, essa seção do trabalho de conclusão de curso evidencia o objeto de pesquisa com base em contextualização da Política Antimanicomial do Poder Judiciário brasileiro e suas determinações no sistema de justiça, assim de modo a apontar as questões norteadoras, as hipóteses, os objetivos, a justificativa e a metodologia da pesquisa.

Segundo Goffman (2019) os indivíduos estigmatizados lutam constantemente na tentativa de construir sua identidade social. Essas pessoas são excluídas das relações sociais e, consequentemente, não encontram espaço, função ou papel, nem tampouco têm voz ou podem ser sujeitos da ação. Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) são as instituições totais que recebem as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, preconizadas pela legislação para o cumprimento da Medida de Segurança (MS), caracterizada como uma sanção penal aplicada aos cidadãos inimputáveis[1] ou semi-imputáveis[2]. O principal objetivo da MS é a prevenção geral sobre a sociedade e a proteção especial sobre o indivíduo, mediante a oferta de tratamento compulsório. Quando instaurada, pode ser detentiva ou restritiva, ou seja, cumprida sob regime de internação nos HCTPs ou sob tratamento ambulatorial[3].

Sendo assim, existe uma estreita relação entre o sistema de justiça criminal, a saúde mental e o sistema prisional, e esses sujeitos são considerados duplamente estigmatizados: pelo transtorno mental em si “loucos” e pelo crime cometido “criminosos”. De acordo com o sistema Geopresídios do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) utilizado para mapear o

[1] A compreensão de inimputabilidade se dá quando o perito avalia que o sujeito não tinha o entendimento de que o ato cometido era uma infração da lei, assim como não tinha condições de decidir no momento do delito. O sujeito é absolvido no sentido penal e é, então, aplicada uma medida de segurança, também nomeada como medida terapêutica.

[2] A semi-imputabilidade diz respeito a um discernimento parcial do sujeito sobre o delito cometido. Como consequência, poderá ser aplicada uma redução da pena ou a medida terapêutica, dependendo da avaliação do juiz.

[3] Após decisão por inimputabilidade ou semi-imputabilidade, o juiz poderá decretar medida terapêutica ambulatorial, também nomeada medida de segurança ambulatorial. Isso significa, nos termos judiciais, que o paciente não cumprirá pena, o que não prescinde a responsabilização do sujeito e a prestação de contas perante a Justiça. A medida terapêutica acompanha a direção do cuidado em liberdade compreendida pela atenção psicossocial, tendo como principal instrumento o Projeto Terapêutico Singular (PTS), inclusive na articulação com o Poder Judiciário, como previsto na Resolução CNJ 487/2023. Dessa maneira, a ferramenta organiza e registra o acompanhamento em serviços territoriais, em articulação intersetorial e com a comunidade visando os laços sociais. Durante todo o cumprimento da medida, a EAP estará acompanhando e fazendo a interlocução entre a RAPS e o Judiciário a fim de garantir a viabilidade e qualidade do PTS previsto a partir da medida terapêutica.

sistema prisional do país, em 2018, foi diagnosticado que no Brasil existiam 22 hospitais de custódia e 3.134 internos.

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico estão em processo de fechamento através da Resolução de n. 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça, que instituiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Esta resolução respalda as diretrizes para a implementação da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiências (Dec. n. 6.949/2009) e da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/2001), no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. A resolução tem a finalidade de propor caminhos a partir da Reforma Psiquiátrica e do modelo biopsicossocial da deficiência, em contraponto à lógica do asilamento vigente no país.

A Resolução 487 do CNJ considera o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como um "conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou comunidade, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e centrado na singularidade da pessoa em tratamento, de modo a contribuir para a estratégia compartilhada de gestão e de cuidado, possibilitando a definição de objetivos comuns entre equipe e sujeito em acompanhamento de saúde". Posto isso, o PTS é utilizado para orientar o processo penal, assim o Sistema de Justiça conhece as reais necessidades dos sujeitos com transtornos mentais que estão em conflito com a Lei.

O PTS deve ser levado em consideração tanto no acompanhamento do tratamento ambulatorial (art. 12, §§ 1º e 4º, da Res. 487, CNJ) quanto na medida de internação[4] (arts. 13 e 14 da Res. 487, CNJ). Diante disso, a resolução 487 do CNJ fixou um prazo de 12 (doze) meses para a autoridade judicial determinar a elaboração de PTS de todas as pessoas submetidas a medidas de segurança que estão nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, o que significa um avanço na garantia dos direitos e na promoção da justiça terapêutica.

O Código Processual Penal em seu art. 287 cita que se a infração for inafiançável, a falta de exibição do mandado não obstará a prisão, e o preso, em tal caso, será imediatamente apresentado ao juiz que tiver expedido o mandado, para a realização de

[4] Após decisão por inimputabilidade ou semi-imputabilidade, o juiz poderá decretar medida terapêutica de internação. Cabe pontuar que, apesar de estar internado, o usuário juridicamente foi absolvido, ou seja, não responde formalmente ao cumprimento de uma pena privativa de liberdade. Pelo fato de estar em curso o processo de interdição dos HCTPs no Brasil, os juízes ainda lançam mão desse dispositivo como possibilidade de local para cumprimento da internação que, na prática, funciona contraditoriamente como uma pena privativa de liberdade. Assim como na internação cautelar, com a implementação da Lei 10.216 em sua integralidade e o cumprimento da Resolução 487 do CNJ, essa modalidade de medida deverá se apresentar como último recurso e não mais poderá se dar nos moldes atuais, tendo em vista o fechamento dos HCTPs. Durante todo o cumprimento da medida, a EAP estará acompanhando e fazendo a interlocução entre a RAPS e o Judiciário, a fim de garantir a viabilidade e a qualidade do PTS previsto a partir da medida terapêutica.

audiência de custódia[5] (Redação dada pela Lei nº13.964, de 2019). Diante disso, determina que em todas as modalidades prisionais, sendo essas prisões temporárias, preventivas e definitivas a audiência de custódia é obrigatória e deve ser realizada em 24 horas. Porém, o art. 5º, §2º, da Resolução 487 do CNJ dispõe que quando apresentada à audiência de custódia e o sujeito estiver em situação de crise em saúde mental a audiência tem a possibilidade de não ser realizada. Visto isso, a pessoa será imediatamente encaminhada para atendimento de urgência de saúde mental, os relatórios e informes dos profissionais de saúde do estabelecimento em que esse sujeito estiver inserido, além da avaliação biopsicossocial realizada pela Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa Com Transtorno Mental em Conflito com a Lei são essenciais para a decisão do magistrado que determinará a aplicação ou não de medidas cautelares[6].

Por outro lado, quando a pessoa é, de fato, apresentada à audiência de custódia, o art. 4º, caput, da Res. 487 do CNJ dispõe que devem ser observados os indícios de transtorno mental ou outra forma de deficiência psicossocial, os quais devem ser identificados por uma equipe multidisciplinar. Nesse ínterim, identificados tais indícios, o custodiado há de ser encaminhado para atendimento voluntário na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

> O transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental, associados a sofrimento e/ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes (DSM-5, 2014).

---

[5] Esse é o primeiro encontro do sujeito com a Justiça. As audiências de custódia surgem a fim de garantir os direitos da pessoa presa em flagrante ou por mandado judicial e consiste na sua apresentação ao juiz, em até 24 horas. Nela, o juiz decidirá se o custodiado vai seguir cumprindo o processo em prisão preventiva (ou seja, privado de liberdade) ou em sua liberdade provisória (ou seja, em liberdade mediante medidas cautelares). É importante pontuar que essa audiência não delibera sobre os fatos em si, mas somente sobre a liberdade ou não no cumprimento do processo, bem como verificar as condições no momento da prisão.

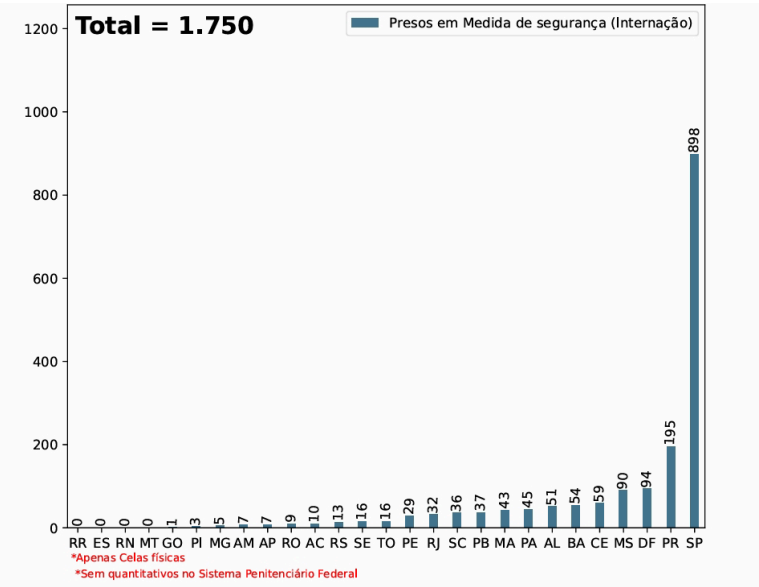
[6] Em relação às medidas cautelares, ela se dá quando, em audiência de custódia, o juiz de custódia decreta a internação do custodiado por suspeitar haver questão de saúde mental atrelada ao delito cometido. A partir desse momento, o processo judicial passa a ser acompanhado pela vara criminal do caso, mas com a pessoa privada de liberdade em HCTP. Com a implementação da Lei 10.216 em sua integralidade e o cumprimento da Resolução 487 do CNJ, as internações cautelares decretadas pelo juiz de custódia não mais poderão existir. Caso esse juiz compreenda haver necessidade de atenção em saúde mental, esta deve ocorrer em dispositivos da RAPS e, se avaliada a necessidade de internação, ela deverá ocorrer nos leitos da RAPS e ser avaliada com critérios da atenção psicossocial.

O conceito de “pessoa com deficiência psicossocial” não é igual ao de “pessoa com transtorno mental”, visto que se trata, isto sim, de “pessoa com sequela de transtorno mental”, uma pessoa cujo quadro psiquiátrico já se estabilizou, porém as consequências do transtorno impactam a vida cotidiana permanentemente, o que dificulta a sua participação na sociedade.

A internação fundada exclusivamente em questões clínicas de saúde é um dos princípios presentes na Resolução 487 do CNJ, o art. 13 evidencia que somente sucederá a internação quando incabíveis outras medidas cautelares. A Lei Antimanicomial 10.216/2001, já citava que a internação é indicada quando os meios extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, priorizando métodos de base territorial onde o sujeito reside. O art. 12, §3º, da Resolução 487 do CNJ, veda a imposição, manutenção ou cessação do tratamento ambulatorial ou, ainda, a desinternação condicional da pessoa com base na ausência de suporte familiar.

No tocante às medidas de segurança, é possível fazer um levantamento do número de pessoas custodiadas, por meio do Relatório de Informações Penais (RELIPEN) de 2024:

Gráfico 1- Presos em Medidas de Segurança em regime de internação



Fonte: Relipen, 2024, p. 27.

Esses dados trazem à população com transtorno mental que estão privadas de liberdade em tratamento de internação, esse tipo de internação ocorre nos Hospitais de

Custódia e Tratamento Psiquiátrico, o qual está em processo de fechamento em razão da política antimanicomial do poder judiciário instituída pelo Conselho Nacional de Justiça. A Secretaria Nacional de Políticas Penais a partir da Diretoria de Inteligência Penitenciária formulou os dados estatísticos do sistema penitenciário do 16º Ciclo do SISDEPEN - Período de referência: janeiro a junho de 2024. De acordo com esses dados, os presos em medida de segurança (Internação) em 30/06/2024 chega ao total de 1.750, distribuídos entre os 23 estados do Brasil, apenas 04 estados não têm pessoas em medidas de segurança (Internação), sendo eles: Roraima, Espírito Santo, Rio Grande do Norte e Mato Grosso. O Estado de São Paulo é o que tem o maior número de cidadãos cumprindo MS, com o quantitativo de 898 pessoas, em seguida é o Paraná com 195 pessoas e em terceiro lugar o Distrito Federal com 94 pessoas. O estado de Sergipe tem 16 cidadãos que cumprem medidas de segurança em regime de internação na Unidade de Custódia Psiquiátrica.

Tabela 1- Sexo das pessoas em medidas de segurança em regime de internação

	MASCULINO			FEMININO			
UF	Justiça Estadual	Justiça Federal	Outros(Just. Trab., civil)	Justiça Estadual	Justiça Federal	Outros(Just. Trab., civil)	Total
AC	8	0	0	2	0	0	10
AL	49	0	0	2	0	0	51
AM	7	0	0	0	0	0	7
AP	7	0	0	0	0	0	7
BA	52	0	0	2	0	0	54
CE	58	0	0	1	0	0	59
DF	87	0	0	7	0	0	94
ES	0	0	0	0	0	0	0
GO	1	0	0	0	0	0	1
MA	41	0	0	2	0	0	43
MG	5	0	0	0	0	0	5
MS	90	0	0	0	0	0	90
MT	0	0	0	0	0	0	0
PA	40	0	0	5	0	0	45
PB	37	0	0	0	0	0	37
PE	25	0	0	4	0	0	29
PI	3	0	0	0	0	0	3
PR	184	0	0	11	0	0	195
RJ	31	0	0	1	0	0	32
RN	0	0	0	0	0	0	0
RO	9	0	0	0	0	0	9
RR	0	0	0	0	0	0	0
RS	10	0	0	3	0	0	13
SC	36	0	0	0	0	0	36
SE	16	0	0	0	0	0	16
SP	835	0	0	63	0	0	898
TO	16	0	0	0	0	0	16
SPF	0	0	0	0	0	0	0
Total	1.647	0	0	103	0	0	1.750

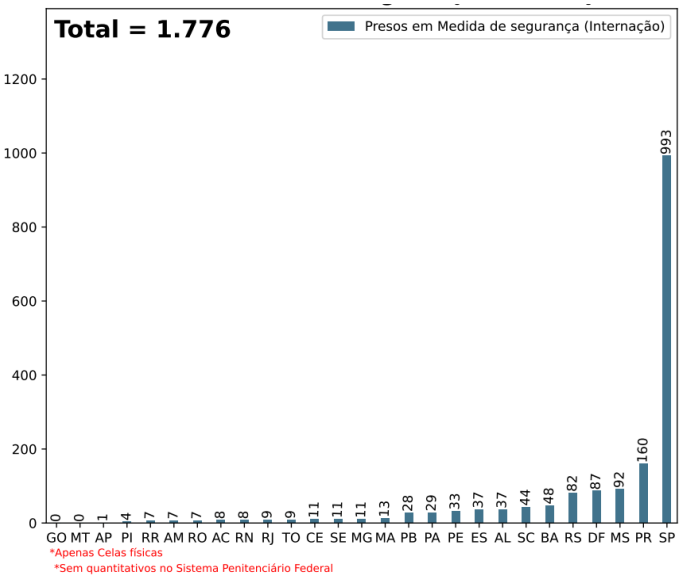
*Apenas Celas físicas.
*SPF = Sistema Penitenciário Federal.

Fonte: Relipen, 2024, p. 28.

Conforme os dados do relatório de informações penais referente ao sexo das pessoas presas por intermédio de medidas de segurança, período de janeiro a junho de 2024, é

notável que o perfil é demarcado por 1.647 homens e 103 mulheres. Analisando esses dados vê-se que o perfil de pessoas com transtornos mentais que estão privados de liberdade em regime de internação é de homens. No estado de Sergipe, às 16 pessoas presas internadas na UCP são homens, não têm mulheres em regime de internação cumprindo medida de segurança. Os estados com maiores números de mulheres presas em internação nos Hospitais de Custódia são: São Paulo (63), Paraná (11) e Distrito Federal (07).

Gráfico 2- Presos em Medidas de Segurança em regime de internação



Fonte: Relipen, 2025, p. 27.

Segundo os dados estatísticos do relatório de informações penais, do 2º semestre de 2024, com referência de julho a dezembro do referido ano, o quantitativo de pessoas presas em medidas de segurança de internação é de 1.776. Distribuídos entre 25 estados do país, os estados de Goiás e Mato Grosso são os únicos que não têm pessoas cumprindo medidas de segurança em regime de internação; em Mato Grosso antes tinha 01 pessoa presa em regime de internação, que foi desinstitucionalizada. Quando comparado aos dados de janeiro a junho, percebe-se que houve um aumento de 26 pessoas. O Estado de Sergipe passa a ter 11 presos sob internação na UCP, ou seja, 5 foram desinstitucionalizados, visto que no período de janeiro a junho eram 16 pessoas.

Os estados de Roraima, Espírito Santo e Rio Grande do Norte que antes não tinham pessoas cumprindo medidas de segurança em regime de internação, no período de julho a dezembro de 2024 a situação mudou e esses estados passaram a ter pessoas cumprindo MS

em regime de internação, sendo Roraima com 7 pessoas, Espírito Santo com 37 e Rio Grande do Norte 8 sujeitos. Com isso, percebe-se a ineficiência do poder público que não direciona recursos para que tenham políticas públicas adequadas para atender a população com transtornos mentais, prevenindo situações de crises que afetam a comunidade, como os delitos que estes sujeitos cometem a seus familiares ou terceiros justamente por situações de crises na sua saúde mental.

Tabela 2- Sexo das pessoas em medidas de segurança em regime de internação

	MASCULINO			FEMININO			
UF	Justiça Estadual	Justiça Federal	Outros(Just. Trab., civel)	Justiça Estadual	Justiça Federal	Outros(Just. Trab., civel)	Total
AC	6	0	0	2	0	0	8
AL	35	0	0	2	0	0	37
AM	7	0	0	0	0	0	7
AP	0	0	0	1	0	0	1
BA	46	0	0	2	0	0	48
CE	11	0	0	0	0	0	11
DF	82	0	0	5	0	0	87
ES	32	0	0	5	0	0	37
GO	0	0	0	0	0	0	0
MA	13	0	0	0	0	0	13
MG	11	0	0	0	0	0	11
MS	92	0	0	0	0	0	92
MT	0	0	0	0	0	0	0
PA	25	0	0	4	0	0	29
PB	28	0	0	0	0	0	28
PE	29	0	0	4	0	0	33
PI	3	0	0	1	0	0	4
PR	154	0	0	6	0	0	160
RJ	9	0	0	0	0	0	9
RN	8	0	0	0	0	0	8
RO	7	0	0	0	0	0	7
RR	7	0	0	0	0	0	7
RS	78	0	0	4	0	0	82
SC	44	0	0	0	0	0	44
SE	11	0	0	0	0	0	11
SP	952	0	0	41	0	0	993
TO	9	0	0	0	0	0	9
SPF	0	0	0	0	0	0	0
Total	1.699	0	0	77	0	0	1.776

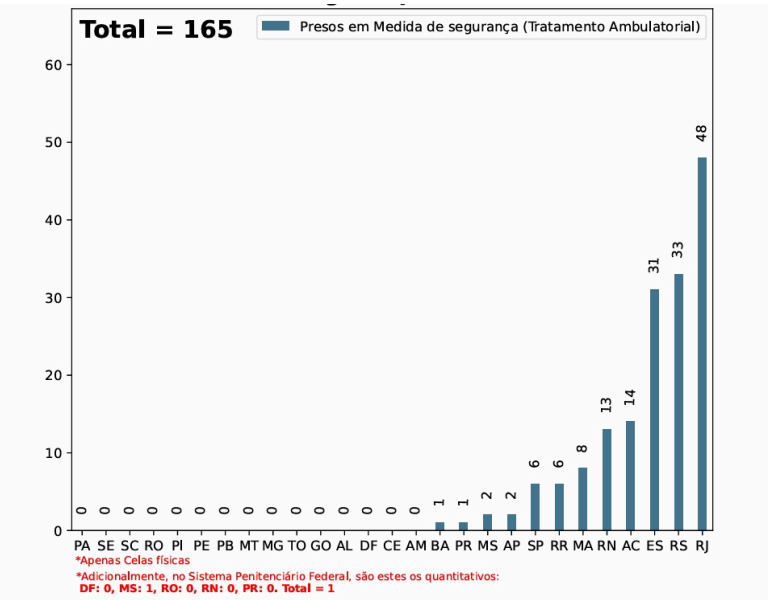
*Apenas Celas físicas.
*SPF = Sistema Penitenciário Federal.

Fonte: Relipen, 2025, p. 28.

No ensejo, nos dados do relatório do 2º semestre de 2024, referente de julho a dezembro, são 1.699 homens e 77 mulheres, ou seja, o quantitativo de mulheres presas em medidas de segurança por regime de internação diminuiu, sendo que antes eram 103 mulheres. Em Sergipe das 11 pessoas presas no período de julho a dezembro, são do sexo masculino, quando comparado a janeiro a junho a mesma situação, continuam sendo homens em regime de internação no cumprimento de medidas de segurança. Essas informações revelam que os homens fazem parte do perfil das pessoas com transtornos mentais, e que são eles que cometem mais delitos e por isso estão em conflito com a Lei no

sistema de justiça do Poder Judiciário brasileiro. Mas qual será o delito que esses homens mais infringem? No relatório de informações penais não constam essas informações, porém são dados relevantes para entender as particularidades desses delitos que impactam a comunidade, e a partir disso formular políticas públicas que trabalhem com essas questões.

Gráfico 3- Presos em Medida de Segurança em tratamento ambulatorial



Fonte: Relipen, 2024, p. 29.

Segundo os dados acima, o total de cidadãos presos em regime de tratamento ambulatorial que estão cumprindo medida de segurança, no período de janeiro a junho de 2024, é de 165 pessoas, os estados brasileiros em que se concentram estes sujeitos são 12, o maior quantitativo está presente no Rio de Janeiro com 48 usuários, seguido do Rio Grande do Sul com 33 pessoas e em terceiro lugar o Espírito Santo com 31 pessoas. Os dados mostram que 15 estados não possuem pessoas presas em ambulatórios de saúde mental, sendo Sergipe um deles juntamente com Paraná, Santa Catarina, Roraima, Piauí, Pernambuco, Paraíba, Mato Grosso, Minas Gerais, Tocantins, Goiás, Alagoas, Distrito Federal, Ceará e Amazonas.

Quando é citado o tratamento ambulatorial, refere-se aos Centros de Atenção Psicossocial, Estratégia de Saúde da Família e outros equipamentos de saúde mental de base territorial, pessoas com transtornos mentais que infringiram o código penal podem ser encaminhadas para esses espaços para serem acompanhadas e receberam tratamento adequado, avaliado por equipe interdisciplinar.

Tabela 3- Sexo das pessoas presas em medida de segurança em tratamento ambulatorial

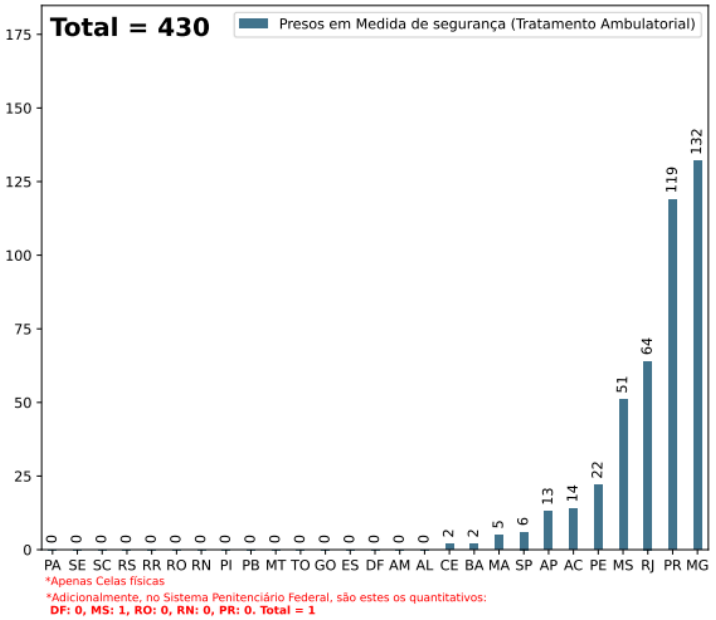
	MASCULINO			FEMININO			
UF	Justiça Estadual	Justiça Federal	Outros(Just. Trab., civel)	Justiça Estadual	Justiça Federal	Outros(Just. Trab., civel)	Total
AC	14	0	0	0	0	0	14
AL	0	0	0	0	0	0	0
AM	0	0	0	0	0	0	0
AP	2	0	0	0	0	0	2
BA	1	0	0	0	0	0	1
CE	0	0	0	0	0	0	0
DF	0	0	0	0	0	0	0
ES	27	0	0	4	0	0	31
GO	0	0	0	0	0	0	0
MA	8	0	0	0	0	0	8
MG	0	0	0	0	0	0	0
MS	0	0	0	2	0	0	2
MT	0	0	0	0	0	0	0
PA	0	0	0	0	0	0	0
PB	0	0	0	0	0	0	0
PE	0	0	0	0	0	0	0
PI	0	0	0	0	0	0	0
PR	1	0	0	0	0	0	1
RJ	42	2	0	4	0	0	48
RN	13	0	0	0	0	0	13
RO	0	0	0	0	0	0	0
RR	6	0	0	0	0	0	6
RS	33	0	0	0	0	0	33
SC	0	0	0	0	0	0	0
SE	0	0	0	0	0	0	0
SP	2	0	0	4	0	0	6
TO	0	0	0	0	0	0	0
SPF	0	1	0	0	0	0	1
Total	149	3	0	14	0	0	166

*Apenas Celas físicas.
*SPF = Sistema Penitenciário Federal.

Fonte: Relipen, 2024, p. 30.

Dentre a quantidade de pessoas presas em regime de tratamento ambulatorial, é importante destacar o sexo. De acordo com o relatório de informações penais, em 2024, entre janeiro a junho, entre as 166 pessoas, 149 eram homens e 14 mulheres. Os estados que têm mulheres são São Paulo (04), Rio de Janeiro (04), Mato Grosso do Sul (02), Espírito Santo (04). Em relação aos estados com maior número de homens estão: Rio de Janeiro (42) e Rio Grande do Sul (33).

Gráfico 4- Presos em Medida de Segurança em tratamento ambulatorial



Fonte: Relipen, 2025, p. 29.

Nos dados do relatório de informações penais, de julho a dezembro de 2024, o quantitativo de presos em regime ambulatorial subiu para 430 pessoas, a quantidade de estados que concentram essas pessoas é 11, sendo antes 12. Minas Gerais passa a ser o estado com maior número de presos em regime ambulatorial com 132 pessoas - no período de janeiro a junho não existiam pessoas em regime ambulatorial no Estado de Minas Gerais - o Rio de Janeiro ocupava esse lugar com 48 pessoas. Sergipe ainda continua sem população em privação de liberdade em ambulatórios. Nesse sentido, percebe-se que alguns estados que antes não tinham sujeitos presos em tratamento ambulatorial como Ceará, Minas Gerais e Pernambuco, nos dados de julho a dezembro de 2024 essa situação mudou, e esses estados passaram a ter pessoas cumprindo medidas de segurança nos ambulatórios.

Os números de cidadãos que estão cumprindo MS em tratamento ambulatorial cresceram justamente pela política antimanicomial do poder judiciário brasileiro, visto que a partir das avaliações biopsicossociais da EAP e do trabalho intersetorial das políticas públicas estão sendo priorizados tratamentos de base territorial e não mais em internações nos hospitais de custódia.

Tabela 4- Sexo dos presos em Medida de Segurança em tratamento ambulatorial

	MASCULINO			FEMININO			
UF	Justiça Estadual	Justiça Federal	Outros(Just. Trab., civil)	Justiça Estadual	Justiça Federal	Outros(Just. Trab., civil)	Total
AC	14	0	0	0	0	0	14
AL	0	0	0	0	0	0	0
AM	0	0	0	0	0	0	0
AP	13	0	0	0	0	0	13
BA	2	0	0	0	0	0	2
CE	2	0	0	0	0	0	2
DF	0	0	0	0	0	0	0
ES	0	0	0	0	0	0	0
GO	0	0	0	0	0	0	0
MA	4	0	0	1	0	0	5
MG	128	0	0	4	0	0	132
MS	51	0	0	0	0	0	51
MT	0	0	0	0	0	0	0
PA	0	0	0	0	0	0	0
PB	0	0	0	0	0	0	0
PE	22	0	0	0	0	0	22
PI	0	0	0	0	0	0	0
PR	118	0	0	1	0	0	119
RJ	58	0	0	6	0	0	64
RN	0	0	0	0	0	0	0
RO	0	0	0	0	0	0	0
RR	0	0	0	0	0	0	0
RS	0	0	0	0	0	0	0
SC	0	0	0	0	0	0	0
SE	0	0	0	0	0	0	0
SP	4	0	0	2	0	0	6
TO	0	0	0	0	0	0	0
SPF	0	1	0	0	0	0	1
Total	416	1	0	14	0	0	431

*Apenas Celas físicas.
*SPF = Sistema Penitenciário Federal.

Fonte: Relipen, 2025, p. 30.

No que tange ao sexo das pessoas presas cumprindo medida de segurança em tratamento ambulatorial, no período de julho a dezembro de 2024, são 416 homens e 14 mulheres. Os estados com mulheres são: São Paulo (02), Rio de Janeiro (06), Paraná (01), Minas Gerais (04) e Maranhão (01). E em relação aos estados com maiores quantidades de homens estão Minas Gerais (128) e Paraná (118). Sendo assim, verifica-se que o Nordeste é um dos estados com menores números de pessoas cumprindo medidas de segurança em tratamento ambulatorial, diferentemente das regiões do sul e sudeste.

O art. 13, §1º, da Res. 487 do CNJ, dispõe, *ipsis litteris, que cabe ao Poder Judiciário atuar para que nenhuma pessoa com transtorno mental seja colocada ou mantida em unidade prisional, ainda que em enfermaria*. Inclusive, em conformidade com o disposto pelo art. 96 do Código Penal.

Nesse sentido, o entendimento do Superior Tribunal de Justiça sobre o tratamento do inimputável pode ser encontrado em decisões que reforçam a aplicação do art. 96 da Lei nº 10.216/2001, que regula os direitos das pessoas com transtornos mentais. Nessa linha, o STJ tem reafirmado que a medida para o inimputável não deve ser a prisão, mas sim a internação em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, ou, em alguns casos, o tratamento ambulatorial, dependendo da gravidade da condição. Um exemplo de decisão relevante sobre o tema é o HC 231.124/SP[7] (julgado na Quinta Turma), os ministros se depararam com a ausência de estabelecimento adequado para cumprimento de medida de segurança. A relatora, ministra Laurita Vaz, apontou que, segundo a jurisprudência pacífica do tribunal, é inviável o cumprimento da medida em estabelecimento prisional comum, ainda que sob a justificativa de ausência de vagas ou falta de recursos estatais.

No caso analisado, um homem acusado de roubo qualificado e latrocínio, considerado inimputável, foi submetido à medida de segurança pelo prazo mínimo de três anos. No pedido de *habeas corpus* perante o STJ, a defesa alegou que, apesar da determinação da medida, ele continuava preso em penitenciária comum, mesmo após o fato ter sido comunicado ao tribunal estadual.

> "O entendimento manifestado pelo tribunal de origem diverge da pacífica orientação desta corte, segundo a qual o inimputável submetido à medida de segurança de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico não pode permanecer recolhido em estabelecimento prisional comum, ainda que sob a justificativa de ausência de vagas ou falta de recursos estatais", resumiu a ministra.

Laurita Vaz determinou a transferência imediata do paciente para hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou outro estabelecimento adequado, devendo, se fosse o caso, permanecer em tratamento ambulatorial até o surgimento da vaga. Em relação ao tratamento ambulatorial especificamente, a jurisprudência tem enfatizado a adequação do tratamento à condição do paciente, de modo que, se o atual estado da crise mental for controlada ou a pessoa não representar risco, o tratamento ambulatorial pode ser a medida indicada.

O fechamento total das instituições asilares como os HCTP, destituição trazida pela Res. 487/2023, é endossado pelo disposto no art. 6º da Resolução CNPCP n. 04/2010:

---

[7] Habeas Corpus Nº 231.124 - SP (2012/0009866-0) do Superior Tribunal de Justiça: https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1228124&num_registro=201200098660&data=20130430&formato=PDF

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

De início, o objetivo da Política Antimanicomial do Judiciário Brasileiro é trabalhar a partir da lógica da desinstitucionalização do(a) custodiado(a), e encaminhá-lo(a) à rede de serviços que seja territorial da RAPS e não asilar. A residência terapêutica é o principal espaço da Rede de Atenção Psicossocial em que as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei têm a possibilidade de serem acolhidas, visto que em razão do estigma do transtorno mental e da infração cometida, os vínculos familiares acabam se rompendo e essas pessoas não têm para onde retornar. Nesse sentido, as questões norteadoras da pesquisa são: qual a conjuntura da Política Nacional de Saúde Mental e dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, a rede está preparada para atender às necessidades das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei? O perfil dessas pessoas no Brasil é demarcado por homens, existe alguma explicação teórica para serem homens e não mulheres? No que essas questões impactam no trabalho de assistentes sociais na Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei?

Enquanto hipótese orientadora defende-se que a Política Nacional de Saúde Mental se encontra fragmentada em razão da conjuntura dos governos neoliberais e ultraliberais que estiveram no poder no Brasil, sendo assim os serviços da Rede de Atenção Psicossocial não tem estrutura para atender as pessoas que estão sendo desinstitucionalizadas dos HCTPs e demais sujeitos com transtornos mentais em conflito com a Lei. Ademais, o perfil desses sujeitos é demarcado por homens justamente pela ausência de cuidado desse segmento com a saúde mental, além de que são homens negros que estão nesse processo de estigmatização em razão do "transtorno mental" e "delito cometido", e discriminação racial por serem negros. A focalização da política de saúde mental impacta no trabalho de assistentes sociais na EAP, visto que a categoria vivencia a dificuldade de viabilizar o acesso dessas pessoas aos seus direitos, no qual esses direitos são positivados justamente pela política social não conseguir atender às necessidades básicas destas pessoas. Ademais, pelo perfil desses sujeitos serem de homens negros, é necessário para a(o) assistente social da EAP entender as particularidades desses homens por meio das relações sociais, compreendendo o tipo de delito cometido e os processos de exclusão a partir de estruturas sociais como o racismo que impactam na vida desses cidadãos.

Ademais, o processo de fechamento destas instituições tem exigido das(os) assistentes sociais a articulação em rede socioassistencial e de saúde, a fim dos(as) custodiados(as) retornarem para o território de forma segura e que sejam acompanhados pelas redes de proteção social. O Serviço Social é uma das profissões que está presente no sociojurídico, nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, ex-manicômios judiciários, que é um dos espaços sócio-ocupacionais em que atua a (o) assistente social. O trabalho desenvolvido nessas unidades é importante, justamente, para a viabilização de direitos sociais através das políticas públicas, e no trabalho de matriciamento.

> Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. O matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades. (Chiaverini, 2011, p.13).

Rocha (2023) cita que na Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe, as assistentes sociais realizam o matriciamento por meio de reuniões com as unidades da rede de saúde mental e socioassistencial (CAPS, CRAS e CREAS), instituições de acolhimento públicas, privadas e filantrópicas e residências terapêuticas; registro diário das atividades desenvolvidas, entrevistas no domicílio e institucionais. Esse matriciamento é essencial no processo de desinternação das pessoas que estão na UCP, uma vez que estes sujeitos precisaram retornar ao convívio social sendo acompanhados pelas unidades das políticas sociais.

Mediante o processo de fechamento dos manicômios judiciários, a Política Antimanicomial do Poder Judiciário define uma equipe especializada para avaliar e acompanhar esses sujeitos com transtornos mentais em conflito com a Lei no processo de desinstitucionalização, intitulada de Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP).

A pesquisa tem como objetivo geral analisar a política antimanicomial do poder judiciário brasileiro e a atuação da (o) assistente social na EAP em Sergipe. Como objetivos específicos: Compreender numa perspectiva histórica a luta antimanicomial, a reforma psiquiátrica e a privatização dos serviços de saúde nas particularidades dos governos brasileiros aliados a projetos neoliberais e ultra neoliberais; analisar os determinantes históricos sobre a loucura, a construção dos manicômios judiciários e a implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, e por fim conhecer a desinstitucionalização a

partir do trabalho da EAP, com base nas medidas terapêuticas como base comunitária no processo de desinstitucionalização, investigar o trabalho da EAP em Sergipe, além do trabalho profissional do serviço social na EAP/SE e as práticas terapêuticas no Serviço Social, a participação da(o) assistente social na elaboração do Projeto Terapêutico Singular como potencializador de desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais em conflito com a Lei.

A relevância acadêmica desta pesquisa está relacionada à intenção de contribuir para o debate sobre a política antimanicomial do poder judiciário, que é recente, uma vez que foi instituída em 2023. Além de enfatizar contribuições de análises acerca da EAP e a atuação da (o) assistente social no processo de desinstitucionalização a partir dessa nova equipe interdisciplinar de saúde que atua no sistema de justiça como conectora das políticas públicas.

Socialmente, a pesquisa tem o direcionamento de aproximar o debate sobre a política antimanicomial do Poder Judiciário da sociedade brasileira, essa contribuição é essencial para desmistificar os estigmas sobre a política de saúde mental e seus serviços, além de auxiliar a romper com o preconceito estipulado historicamente aos sujeitos com transtorno mental em conflito com a lei, preconceito que dificulta o retorno dessas pessoas ao convívio familiar e comunitário.

Consequentemente, o conhecimento produzido nesse trabalho de conclusão de curso será fundamental na linha de pesquisa e para o campo de atuação sociojurídico, pois se entende ser relevante trazer essas questões para o âmbito da universidade e do campo profissional, possibilitando contribuir para que os estudantes de Serviço Social e assistentes sociais possam apreender e refletir criticamente sobre as possibilidades da atuação de assistentes sociais na EAP, sendo um novo campo de atuação profissional para a categoria.

Pessoalmente, justifica-se o interesse pelo objeto de pesquisa, pela vontade de trabalhar no futuro como assistente social na saúde mental ou sistema penitenciário e querer, desde já, aprofundar o conhecimento sobre a política de saúde mental e criminal, justamente pelo curso de Serviço Social ter uma formação generalista, a pesquisa é um instrumento que favorece a especialização em determinados temas.

Epistemológica e metodologicamente, a pesquisa está fundamentada no método materialista histórico-dialético, justamente por possibilitar esse diálogo necessário e aprofundamento na busca por conhecimento, tendo como princípios a matéria, a dialética, a prática social e também é a teoria da revolução do trabalhador. Além disso, o materialismo histórico conceitua a sociedade, formações socioeconômicas, estrutura social, organização

política da sociedade, vida espiritual, a cultura, concepção do homem, a personalidade, e o progresso social.

O materialismo dialético é uma dimensão tanto ontológica como gnosiológica. As categorias e leis da dialética surgem a partir do desenvolvimento histórico do conhecimento. "Tanto as categorias como as leis refletem as leis universais do ser, as ligações e os aspectos universais da realidade objetiva" (Triviños, 1987, p. 54). Sendo assim as categorias refletem os aspectos universais da realidade objetiva, e as leis da dialética resumidamente se expressam através de juízos, já as categorias apresentam um conceito.

Com esse entendimento, o método materialista histórico-dialético foi utilizado na pesquisa para a compreensão histórica do fenômeno da loucura e como os manicômios judiciários foram criados na sociedade para alocar os “loucos criminosos”, buscando entender o processo das mudanças e impactos que foram desenvolvidos pelos movimentos sociais, como o movimento dos trabalhadores de saúde mental e o movimento da luta antimanicomial nos anos de 1970 e 1980, que muda o cenário de como as pessoas com transtornos mentais em conflito com a Lei são vistas socialmente e pelo sistema de justiça, e algumas garantias de direitos são estabelecidas a essas pessoas.

Nesse contexto, a partir da luta dos movimentos sociais direitos são promulgados para as pessoas com transtornos mentais, com a Lei Antimanicomial 10.216/2001 que redireciona o modelo antimanicomial em assistencial de saúde mental. Com o método, também foi possível contextualizar como os complexos sociais, e o modelo econômico e o papel do Estado influenciaram a abordagem de saúde mental e as decisões judiciais no que refere às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Ademais, com a análise a partir do método e das relações sociais foi possível contextualizar o trabalho de assistentes social em Sergipe, um trabalho que está dentro das particularidades de relações de sexo, raça e gênero, em que assistentes sociais fazem parte de um processo de precarização do trabalho justamente por ser uma profissão historicamente feminina, constituída por mulheres autodeclaradas pretas/pardas que não tem reconhecimento e nem prestígio social nessa sociedade elitista, racista e sexista.

Em relação às contradições foram identificadas no sistema sociojurídico em relação a política antimanicomial, que mesmo com a Lei 10.216/2001 os manicômios judiciários continuaram existindo e somente em 2023 com a Resolução 487 do Conselho Nacional de Justiça é que esses estabelecimentos entram em processo de fechamento, prevalecendo o que estava sendo disposto na Reforma Psiquiátrica. Porém, existe uma tensão entre o avanço das

políticas de desinstitucionalização e a permanência de estruturas manicomiais sustentadas por interesses econômicos e políticos, como é o caso das Comunidades Terapêuticas.

A identificação das relações de poder entre sexo é outro ponto que é apreendido com o método, visto que os sujeitos sociais com transtornos mentais em conflito com a lei são estigmatizados pelo transtorno mental e pelo crime cometido, e essas são uma das questões que dificultam o seu retorno ao território, dado que o perfil desses sujeitos é demarcado por homens que cometeram delitos contra grupos socialmente vulnerabilizados. Compreende-se, dialeticamente, como as mudanças a partir das pressões dos movimentos sociais, por exemplo o Movimento da Luta Antimanicomial, contra esse Estado burguês, que realizou tensões ao Poder Judiciário e assim novas políticas foram instituídas, como a Política Antimanicomial do Poder Judiciário brasileiro. Mas, ainda persistem contradições com essa política criada pelo sistema de justiça.

Outro ponto que vale ser ressaltado é a proposição de tentativa de caminhos críticos e emancipatórios em relação ao direcionamento que o Judiciário se encontra em direção de práticas que reforcem os princípios da Reforma Psiquiátrica e da política antimanicomial, essa questão é perceptível com a implementação da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) que realiza uma conexão entre o sistema de justiça e as políticas públicas, com o viés de promover justiça social a essas pessoas, compreendendo-as enquanto sujeito de direitos.

Com esse intuito, a análise de conjuntura foi primordial para compreender o contexto político, social e econômico de forma dinâmica para promover mudanças estruturais e construir uma sociedade mais justa.

> A análise da conjuntura é uma mistura de conhecimento e descoberta, é uma leitura especial da realidade e que se faz sempre em função de alguma necessidade ou interesse. Nesse sentido não há análise de conjuntura neutra, desinteressada: ela pode ser objetiva mas estará sempre relacionada a uma determinada visão do sentido e do rumo dos acontecimentos (Souza, 1996, p. 8).

Foi analisada a Política de Saúde Mental durante os governos FHC I e II, Lula I e II, Dilma I e II, Temer, Bolsonaro e Lula III, a partir de artigos e noticiários com informações sobre investimentos e desfinanciamento nesta política, que estão no apêndice A/1 de fontes bibliográficas e A/2 de fontes documentais, justamente com a finalidade de entender o panorama da política social de saúde mental e como a Rede de Atenção Psicossocial

estava/está estruturada e os possíveis retrocessos diante da conjuntura neoliberal e ultra neoliberal. Essa análise foi essencial visto que, com a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei serão encaminhadas aos equipamentos da RAPS e não mais aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Sendo assim, é fundamental investigar se a RAPS tem estrutura para receber as demandas dessas pessoas.

Trata-se, portanto, de uma pesquisa de natureza exploratória, de caráter qualiquantitativo. A pesquisa exploratória é o tipo de pesquisa realizada quando o tema escolhido é pouco explorado, sendo difícil a formulação e operacionalização de hipóteses. Muitas vezes, esse tipo de estudo se constitui em um primeiro passo para a realização de uma pesquisa mais aprofundada (Oliveira, 2018). Como o objeto da pesquisa trata da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, é uma política recente e que diversos Estados brasileiros ainda estão em processo de implementação. Logo, não existem tantos trabalhos acadêmicos sobre esse tema, justamente por isso a pesquisa é exploratória por ser uma temática nova, principalmente para o Serviço Social.

Além disso, a pesquisa tem a proposta de analisar a atuação da(o) assistente social na EAP em Sergipe, que é uma equipe nova da Secretaria de Estado da Saúde que tem sua atuação no sistema de justiça, apesar da EAP ser promulgada em 2014 diversos Estados não implementaram essa equipe e em maio de 2020 por intermédio da Portaria nº 1.325 a EAP foi extinta, e a partir da Portaria nº 1.754/2020 a extinção foi revogada, o que dificultou encontrar fontes acerca da construção dessa equipe e da atuação da(o) profissional de Serviço Social, sendo assim prevaleceu a necessidade de explorar a temática para a construção desse Trabalho de Conclusão de Curso. Foi feita visita na EAP localizada no Fórum Gumersindo Bessa em Aracaju/SE no dia 08 de janeiro de 2025 para conversar com a coordenadora Ana Natália Gonçalves Santos Coelho, para conhecer o espaço e como funciona a logística de trabalho das profissionais, além de verificar a possibilidade da utilização dos dados registrados no que tange ao perfil dos sujeitos que a EAP acompanha e dados das profissionais que compõem a EAP. Vale ressaltar que para a disponibilização desses dados a coordenadora não solicitou ofício para liberação. No ensejo, houve diálogo com uma assistente social da equipe para compreender o processo de trabalho do Serviço Social na EAP, e foi conversado sobre portarias do Ministério da Saúde e do TJ/SE sobre a atuação profissional e do fluxo de trabalho da equipe em Sergipe.

Enquanto técnicas de pesquisa foram utilizadas a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental. A pesquisa bibliográfica é realizada a partir de livros, artigos, teses, dissertações

e entre outras, o que possibilita ao(à) pesquisador(a) realizar seu estudo a partir da contribuição de outros autores (Severino, 2014, p. 106).

Para tanto, foi feito um levantamento de trabalhos mediante uso de filtro de busca por palavras-chaves, tais como: “Reforma Psiquiátrica”, “Hospitais de Custódia de Tratamento Psiquiátrico”, “Política Antimanicomial do Poder Judiciário” “Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei” “Serviço Social e Saúde mental” “Política Nacional de Saúde, para entender o Mental”, entre outras que se mostraram como facilitadoras para a identificação de produções textuais sobre o tema de pesquisa, com vistas a favorecer o alcance dos objetivos de pesquisa propostos. Texto disponível na rede mundial de computadores via repositórios das Universidades Federais, Scielo e etc. as fontes bibliográficas identificadas e utilizadas estão no Apêndice A/1.

No que diz respeito à pesquisa documental, entende-se que:

> Pesquisa documental é aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não fraudados); tem sido largamente utilizada nas ciências sociais, na investigação histórica, a fim de descrever/comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências [...] (Pádua, 1997, p. 62).

Assim, foi realizada, prioritariamente, dentre as fontes documentais na pesquisa, o Manual da Política Antimanicomial do Conselho Nacional de Justiça e o Protocolo Interinstitucional da Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Ademais, legislações como a Lei Antimanicomial 10.216/2001, e Resoluções do Conselho Nacional de Justiça de n.487/2023 que institui a Política Antimanicomial no Poder Judiciário brasileiro, a Res. n.572/2024 que altera a 487, a Res. n.307/2024 que traz a Política de Atenção a Pessoas Egressas do Sistema Prisional no âmbito do Poder Judiciário. Também se fez necessário o uso de Portarias, sendo elas: do GM/MS de n.4.876/2024 que dispõe sobre a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), a portaria do Ministério da Saúde de n.3.088/2011 que cria a Rede de Atenção Psicossocial, a portaria n.96/2024 GP1 - Normativa que cria a Política Antimanicomial do Poder Judiciário do Estado de Sergipe e dispõe sobre os seus procedimentos no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.

Além disso, foram utilizados relatórios como o de Informações Penais do 16º ciclo SISDEPEN, 1º semestre e 2º semestre de 2024, da Secretaria Nacional de Políticas Públicas. Posto isso, noticiários foram relevantes para a execução da pesquisa, foi utilizado notícias

publicadas pelo CNJ sobre a Política Antimanicomial, do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário do Tribunal de Justiça de Sergipe (GMF/TJSE), publicações nos sites do TJ/SE e do Ministério da Saúde, noticiários de jornais eletrônicos da Agência Brasil, do Poder 360, do Extra Classe, do O Globo 100, do Gazeta do Povo. Publicações da Central Única dos Trabalhadores, e de dados do sistema Geopresídios de 2023 sobre a quantidade de Hospitais de Custódia no Brasil. Dessa forma, as fontes documentais que foram usadas estão no apêndice A/2 com link para visualização.

Dados do perfil das pessoas acompanhadas pela EAP/SE e das profissionais que fazem parte do escopo da equipe multiprofissional também estão neste trabalho de conclusão de curso, as quais são fontes primárias e documentais, em razão de serem dados que contém informações originais que nunca haviam sido coletados por nenhum outro pesquisador.

Dentre os procedimentos de estudo dos dados, além da análise de conjuntura já mencionada, tèm-se a análise de conteúdo, sendo um conjunto de técnicas com suas funções principais na sua aplicação: a verificação de hipóteses e a descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos (Souza Minayo, Deslandes & Gomes, 2001).

2 LUTA ANTIMANICOMIAL, reforma psiquiátrica e a privatização dos serviços de saúde

Essa seção contextualiza o processo da luta antimanicomial no Brasil, e como a partir desse movimento de luta é construída a reforma psiquiátrica no país, a qual muda e redireciona o modelo manicomial em assistencial em saúde mental, esse processo de luta surge com os movimentos de trabalhadores de saúde mental e antimanicomial. Além disso, por intermédio de análise de conjuntura é investigado a privatização dos serviços de saúde em razão da onda neoliberal que chega ao Brasil durante o ano 1990, sendo assim é analisado as particularidades do neoliberalismo no Governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), o que acarreta consequências negativas para a população usuária do Sistema Único de Saúde, consequentemente para quem utiliza os serviços da política de saúde mental no país. Outras análises são realizadas dando continuidade aos outros governos após FHC como o governo Lula I e II, Dilma I e II, Temer, Bolsonaro e Lula III, trazendo a conjuntura da focalização da Política Nacional de Saúde Mental diante da onda neoliberal e ultra neoliberal a partir dos governos mencionados.

2.1 Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica no Brasil

Durante o regime de Ditadura Militar no Brasil se iniciaram manifestações do setor de saúde, os movimentos sociais estavam em auge e questionavam a lógica dos manicômios. No Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, conhecido como o palco do “holocausto brasileiro’’, entre 1930 e 1980 cerca de 60 mil pessoas morreram nesse hospital, o perfil dos pacientes eram de pessoas que se prostituíam, moradores de rua (majoritariamente composta por pretos e pardos) e população homossexual (termos utilizados nesse período).

Em 1976 o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e o Movimento de Renovação Médica (REME) ampliaram a discussão de forma crítica acerca do contexto em que o país estava submerso, a necessidade de uma saúde pública de qualidade se fazia urgente durante esse período. A partir das discussões do CEBES e REME nasce o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que se posiciona contra o sistema nacional de assistência psiquiátrica, em que estava permeado por violações aos direitos da população inserida nesses espaços, seja com práticas de tortura e outros fenômenos relacionados aos

profissionais de saúde que recebiam uma baixa remuneração, e o trabalho era exaustivo devido a alta demanda e a falta de contratação de outros profissionais. Diante disso, todo esse movimento deu início à greve no ano de 1978, que perduraram oito meses.

Em outubro de 1978 é realizado o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que teve como pauta tanto as questões relacionadas à saúde mental quanto ao regime político nacional. Neste processo, ocorreu a vinda ao Brasil de Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel e Erving Goffman para o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições no Rio de Janeiro. Estes são grandes pesquisadores de temas relacionados à saúde mental.

Nesse contexto, em 1979 ocorre em São Paulo o I Encontro Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, cujas discussões centraram na necessidade de um estreitamento mais articulado com outros movimentos sociais, e em Belo Horizonte o III Congresso Mineiro de Psiquiatria que afinado com o MTSM propõe a realização de trabalhos "alternativos" de assistência psiquiátrica.

O ano de 1987 se destaca pela realização de dois eventos importantes: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru/SP, que definiu o 18 de maio como dia da luta antimanicomial. Este segundo evento vai registrar a presença de associações de usuários e familiares, como a "Loucos pela Vida" de São Paulo e a Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho (SOSINTRA) do Rio de Janeiro, entre outras. Com a participação de novas associações passa a se constituir em um movimento mais amplo, na medida em que não apenas trabalhadores, mas outros atores se incorporam à luta pela transformação das políticas e práticas psiquiátricas.

No II Congresso, é criado o Manifesto de Bauru que, segundo Silva (2003), constitui-se como uma espécie de documento de fundação do movimento antimanicomial que marca a afirmação do laço social entre os profissionais com a sociedade para o enfrentamento da questão da loucura e suas formas de tratamento.

A partir deste manifesto, surge a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial que, significa:

> Movimento, não um partido, uma nova instituição ou entidade, mas um modo político peculiar de organização da sociedade em prol de uma causa nacional, não algo que ocorre isoladamente num determinado ponto do país, e sim um conjunto de práticas vigentes em pontos mais diversos do nosso território; Luta, não uma solicitação, mas um enfrentamento, não um consenso, mas algo que põe em questão poderes e privilégios; Antimanicomial, uma posição clara então escolhida, juntamente com a palavra de ordem indispensável a um combate político, e que desde então nos reúne: por uma sociedade sem manicômios (Lobosque, 2001, p. 102).

Diante do contexto social brasileiro no período de 1980, com o processo de redemocratização do país, por meio dos movimentos sociais organizados pela classe trabalhadora, é criado a Lei de Execução Penal (LEP), instituída pela Lei nº 7.210 em 1984, surgiu com o objetivo de humanizar o sistema prisional e estabelecer diretrizes para o tratamento e a assistência aos detentos. A LEP estabelece em seu artigo 5º, que os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico destinam-se a pessoas que cometeram algum crime, mas que são inimputáveis ou semi-imputáveis (artigo 26 do Código Penal), aplicando-se ao hospital, no que couber, o disposto no parágrafo único, do artigo 88, do diploma penal.

Entre 1987 e 1993, existiam articulações entre uma diversidade de núcleos do movimento da luta antimanicomial. Em 1993 o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) é consolidado, foi realizado o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial em Salvador/BA (neste encontro, é elaborada a carta sobre os direitos dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental), cujo eixo principal das discussões girava em torno da organização do movimento.

De acordo com o Relatório Final do I Encontro do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial:

> O movimento da luta antimanicomial é um movimento social, plural, independente, autônomo que deve manter parcerias com outros movimentos sociais. É necessário um fortalecimento através de novos espaços de reflexões para que a sociedade se aproprie dessa luta. Sua representação nos conselhos municipais e estaduais de saúde, nos fóruns sociais, entidades de categorias, movimentos populares e setores políticos seriam algumas formas de fortalecimento (Relatório do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, 1993).

A busca por uma radical transformação nas relações sociedade/louco/loucura é desenhada pelo MLA com base em várias dimensões do processo da Reforma Psiquiátrica. Amarante (1995) conceitua Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria que podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

A partir da conjuntura de luta dos movimentos sociais no Brasil, é conquistado pela classe trabalhadora a Constituição Federal, promulgada em 1988, que atribui garantias à população pela consolidação da proteção social através do sistema de Seguridade Social, o

tripé entre as três políticas públicas centrais: assistência social, saúde e previdência social. Em que a assistência social é para quem dela necessitar, a saúde constitui-se como direito universal e a previdência a quem contribui, na lógica do seguro, para acessar precisa estar vinculado a um trabalho formalizado ou contribuir voluntariamente.

Nesse sentido, em 12 de setembro de 1989 o Projeto de Lei nº 3.657 construído pelo Movimento da Luta Antimanicomial junto com o deputado Paulo Delgado (PT-MG) a partir dos desdobramentos de discussões na I Conferência Nacional de Saúde Mental começa a tramitar no Congresso Nacional. O referido projeto tinha a finalidade de dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, este passou doze anos tramitando no congresso e só vem ser aprovado 12 anos após, em 2001, pela Lei 10.216/2001 conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei Antimanicomial ou Lei Paulo Delgado, sendo considerada como um dos principais avanços na área de saúde mental, visto que foi a "primeira lei de desospitalização e desmanicomialização em discussão no parlamento latino-americano" (Pereira *et al*., 2006, p. 3).

O Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, criado em 1987 em São Paulo, foi a primeira experiência de CAPS antes de qualquer legislação oficial. Logo, o surgimento do mesmo, segundo Amarante (1998, p. 82) "[...] passou a exercer forte influência na criação ou transformação de muitos serviços por todo o país". Com isso, devido a redefinição das portarias, passaram a existir: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infanto-juvenil), CAPSad (álcool e outras drogas), equipamentos importantes na substituição ao Hospital Psiquiátrico que estão no território dos municípios brasileiros.

Em 2011, após 10 anos da aprovação da Lei nº 10.216/2001, por meio da Portaria nº 3088/11 é instituída a Rede de Atenção Psicossocial que vai ampliar a articulação dos serviços e ações de atenção psicossocial no país, relativo às pessoas com transtornos mentais, inclusive aqueles que utilizam álcool e outras drogas de modo prejudicial. Ou seja, como bem faz e alerta a autora Costa (2016, p. 119), os dispositivos já existiam, o que a portaria vem propor é a articulação das ações dos mesmos, mediação esta que é parte de "um processo vivo e muito mais complexo".

Os objetivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) são:

> 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;

> 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 (Brasil, 2011).

Dentre os componentes da Rede de Atenção Psicossocial no território estão: a Atenção Básica em Saúde, que faz parte da Estratégia Saúde da Família, eMulti, a Equipe de Consultório de Rua e a Equipe de apoio aos serviços do componente da Atenção Residencial de Caráter transitório, e o Centro de Convivência e Cultura (Garcia *et al*., 2013; Brasil, 2011).

Tem-se ainda, a Atenção Psicossocial Estratégica, através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; a estratégia de desinstitucionalização, com serviços residenciais terapêuticos; e, por fim, a estratégia de Reabilitação Psicossocial (Garcia *et al*., 2013; Brasil, 2011).

A RAPS enquanto rede de concretização da reforma psiquiátrica detém de uma série de avanços, mas também perpassa por diversas limitações como a existência do hospital psiquiátrico e a participação do setor privado e filantrópico por meio das Comunidades Terapêuticas como integrantes de uma rede direcionada pela reforma psiquiátrica. Desse modo, a política de saúde mental devido ao contexto de contrarreforma do Estado que se iniciou em 1990 e que se estende até a atualidade, está submetida a um processo de focalização.

2.2 A onda neoliberal e a privatização dos serviços de saúde no Brasil

Rizzotto (2009) sistematiza que o pensamento liberal do final do século XX, comumente denominado de "neoliberalismo", reapareceu logo após a Segunda Guerra Mundial, em contraposição às políticas keynesianas e sociais-democratas, que estavam sendo implementadas nos países centrais. A partir da crise do petróleo, a crise global em 1973 e a inflação no período de 1980, levou ao declínio do Estado de Bem-Estar Social, associado ao colapso do socialismo real, tendo como fundamento a queda do muro de Berlim em 1989, em que o projeto neoliberal ganha forças.

John Clarke (2008) acrescenta que o neoliberalismo aparece como onipotente, como uma alegada causa primeira – e última – de uma série de desenvolvimentos contemporâneos.

Espécie de zeitgeist político-econômico - o conjunto de valores e crenças sociais, intelectuais, políticas e econômicas predominantes em algum período da história da humanidade - ele substituiria a análise específica e cuidadosa de relações de dominação, exploração e alienação. Por isso, as formas de registrar o fenômeno aparecem sem limites, com uma promiscuidade adjetiva que se estende a uma infinidade de lugares, situações, práticas e processos. Como Gibson-Graham (2008) argumenta, o efeito desse tipo de uso conceitual pode conduzir mais a uma reificação do neoliberalismo do que a estratégias políticas que o desafiem.

O pensamento neoliberal foi singularizado no denominado receituário do Consenso de Washington, expressão que emergiu a partir do encontro realizado em novembro de 1989, na cidade de Washington, quando se reuniram funcionários do governo americano, especialista em assuntos latino-americanos, representantes dos organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e alguns economistas liberais, com o objetivo de realizar uma avaliação das reformas econômicas empreendidas, nas décadas anteriores, nos países da América Latina. Neste encontro foram definidas as linhas de política macroeconômica, que iriam inspirar as reformas, denominadas neoliberais, as quais foram implementadas em grande número de países periféricos, como o Brasil, nas décadas de 1980 e 1990. As linhas básicas formuladas, no referido encontro, consistiam na defesa da desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira, no equilíbrio das contas públicas, na privatização das empresas estatais, na flexibilização das formas de vínculo entre capital e trabalho e no estabelecimento de uma taxa cambial realista.

No Brasil, o "neoliberalismo" foi introduzido associado ao discurso da necessidade de modernização do país, que se iniciou no governo de Fernando Collor de Mello, em 1989, e se aprofundou nas décadas de 1990 e 2000. No primeiro caso, com ênfase nas reformas econômicas, na privatização das empresas estatais e nas políticas sociais focalizadas; no segundo, aprofundando esses aspectos e modificando substancialmente a estrutura do Estado por meio de ampla reforma, consubstanciada em documento denominado Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (1995). No referido documento foram definidas as diretrizes da reforma e a nova configuração que o Estado brasileiro deveria assumir a partir de então.

O movimento neoliberal defendia a tese de que a crise das décadas de 1970 e 1980 decorria do mau funcionamento do Estado, evidenciado na falta de efetividade, no crescimento distorcido, nos altos custos operacionais, no excesso de endividamento público e na incapacidade de se adequar ao processo de globalização em curso, que teria reduzido a autonomia e a capacidade dos Estados Nacionais para gerirem suas próprias políticas

econômicas e sociais. Portanto, seria necessário que as sociedades aceitassem uma redefinição das responsabilidades do Estado, selecionando estrategicamente as ações que o Estado iria desenvolver e as que deixariam de executar. Esperava-se com isso reduzir as atribuições impostas ao Estado e fazer com que os cidadãos se envolvessem mais na solução dos problemas da comunidade.

A implementação de reformas administrativas e gerenciais permitiria a focalização da ação estatal no atendimento das necessidades sociais básicas, reduzindo a área de atuação do Estado por meio de três mecanismos: a privatização (venda de empresas públicas), a publicização (transferência da gestão de serviços e atividades para o setor público não-estatal) e a terceirização (compra de serviços de terceiros).

No que tange às políticas sociais, para o pensamento neoliberal, estas não são compreendidas como direitos, mas como forma de assistir aos mais necessitados ou como ato de filantropia, daí que a ação do Estado deve ser focalizada nos pobres, e a sociedade, na figura das organizações não governamentais e no voluntariado, deve ser estimulada a assumir responsabilidades pela resolução dos seus problemas, reduzindo a carga imposta ao Estado ao longo do tempo.

No campo da saúde, no Brasil, a assimilação dos pressupostos neoliberais, a partir do início da década de 1990, momento em que também se iniciava o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), resultou num quadro que pode ser caracterizado da seguinte forma: ampliação do acesso aos serviços de atenção básica; mercantilização dos serviços de nível secundário e terciário (cerca de 70% da oferta estão na iniciativa privada); grande precarização dos vínculos de trabalho no setor público; terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos; conformação de um sistema de saúde complementar, regulamentado; e institucionalização da participação, por meio dos conselhos e conferências de saúde nas três esferas de governo.

A reforma sanitária foi um grande sucesso no primeiro ciclo de reformas, sendo definida pela forte mobilização social e culminando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. O SUS estabeleceu o direito universal à saúde no Brasil, e sua aplicação na década de 1990 representou um avanço na construção institucional e na melhoria da administração dos serviços de saúde, especialmente nas regiões mais pobres. No entanto, enfrentou diversos problemas, como dificuldades financeiras e de eficácia, além das desigualdades no acesso aos serviços, resultado da mudança do antigo modelo hospitalar para um modelo focado na atenção preventiva e primária.

O governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) teve a política social apresentada sob uma armação complexa, no documento oficial do programa eleitoral intitulado "Uma estratégia de desenvolvimento social" (cf.Brasil, Presidência da República, 1996). A política social é embasada no documento como direito social na promoção de igualdade de oportunidades e a proteger os grupos vulnerabilizados, porém os programas sociais e de impacto social não são abrangidos. O núcleo da política é constituído por três eixos de programas: os serviços sociais básicos de vocação universal e de responsabilidade pública; os programas básicos e o programa de enfrentamento da pobreza.

Os programas sociais públicos, como as políticas de previdência social, saúde, habitação e saneamento básico, trabalho e assistência social, constituem a centralidade da política social no governo de FHC, e ao mesmo tempo a sua reestruturação é condição essencial da estratégia global. A partir disso, a estratégia de desenvolvimento social repousaria na efetiva universalização dos serviços sociais públicos.

A seleção dos programas prioritários no que tange a cada um daqueles programas universais, foi feito um novo grupo de programas básicos, os quais seriam conferidos a prioridade no financiamento e avaliação das metas estabelecidas. O combate à pobreza tem prioridades estabelecidas: redução da mortalidade infantil; desenvolvimento da educação infantil e do ensino fundamental; geração de ocupação e renda; qualificação profissional; melhoria das condições de alimentação das instituições escolares e das famílias pobres; melhoria das condições de moradia e de saneamento básico e fortalecimento da agricultura familiar. Durante o governo de FHC ocorreram reformas consideradas parciais no ensino fundamental, na previdência social e na saúde, e foram introduzidas ou iniciadas na educação infantil, no ensino médio, nos programas de inserção produtiva (microcrédito) e nos programas de combate à pobreza.

No segundo ciclo de reformas, ocorreram mudanças que buscavam abordar essas questões. O foco deste trabalho não é apenas listar essas medidas, mas analisar suas direções e significados dentro do contexto do SUS e da estratégia do governo. Muitas dessas medidas expressaram uma orientação descentralizadora, favorecendo a gestão municipal a partir de 1996. Importantes inovações surgiram, como o Piso de Atenção Básica (PAB), que se iniciou em 1997, reforçando ações básicas e preventivas de saúde e introduzindo um novo critério para o repasse de recursos, focando na demanda em vez da oferta. Isso ajudou a direcionar mais recursos para municípios pobres, que historicamente eram desprovidos de serviços.

Outra inovação importante foi o Programa Saúde da Família (PSF), que expandiu e aprimorou um programa anterior. O PSF não apenas reforçou ações para áreas carentes, mas

também trouxe mudanças institucionais significativas na abordagem da atenção primária. O fortalecimento financeiro do SUS ocorreu com a criação de novas fontes de receita, como a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF) e a vinculação de receitas estaduais e municipais ao gasto com saúde, que, embora não resolveram totalmente a questão do financiamento, ajudaram a garantir recursos mínimos para a saúde.

Medidas para melhorar a regulação do setor privado de saúde também foram implementadas, como a criação da Agência Nacional de Saúde (ANS). Em 2001, um programa de combate à mortalidade infantil foi transformado em um programa de transferência de dinheiro para famílias com crianças em risco nutricional. Embora essas inovações não tenham solucionado todos os problemas do SUS, elas mostram um esforço para aprimorar o sistema mantendo seus princípios universais. Esse padrão de mudança também foi observado no sistema de educação.

Em 2001 a Lei 10.216 da Reforma Psiquiátrica se consolidou, um marco legal que concretizou a substituição dos hospitais psiquiátricos pelos serviços comunitários, uma luta do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental e do Movimento Antimanicomial desde os anos de 1970 e 1980. O projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado da RP é de 1989, ou seja, somente após doze anos o projeto torna-se uma Lei e redireciona o modelo manicomial em assistencial em saúde mental.

Segundo Bahia e Col. (2007) na 1ª campanha eleitoral que elegeu Lula como presidente do Brasil, o tema saúde não foi especialmente valorizado, porém existia em seu mandato algumas propostas que seriam implementadas a posteriori no seu primeiro mandato (2003- 2007). Dentre essas propostas estavam: a política de saúde bucal, questões de urgências e emergências no que tange a saúde da população, acesso a medicamentos e a instituição de uma farmácia popular. A ampliação do Programa de Saúde da Família e o reforço da atenção básica. Além disso, o aprimoramento das relações intergovernamentais e a ampliação do acesso à integralidade da assistência são os principais desafios da política de saúde.

Devido a conjuntura neoliberal a política da Lei Antimanicomial 10.216/2001 seguiu direcionamentos diferentes do que propunha a reforma psiquiátrica que abordava a extinção dos hospitais psiquiátricos. O Ministério da Saúde a partir dos Governos Lula I institucionaliza portarias que ampliam a rede comunitária e o controle dos hospitais psiquiátricos. Destaca-se a Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que redefiniu os Centros de Atenção Psicossocial em relação à sua organização, ao porte e à especificidade dos usuários atendidos. A expansão dos CAPS teve como objetivo impulsionar à Reforma

Psiquiátrica com intenção de “desospitalização” através do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, direcionando a tentativa de mudança do modelo de atenção à saúde, a partir de projetos que priorizam o acolhimento e a humanização.

Vale citar, que entre as ações complementares do governo Lula I, há relevância nos avanços na cobertura e qualidade de atenção com a ampliação da atenção básica, por intermédio do Programa Saúde da Família com aumento de 57% no número de equipes de saúde (Freitas, 2007); aumento dos recursos do Piso de Atenção Básica, o qual passa do valor de R$10,00, congelado desde 1988, para R$15,00 per capita.

Cohn (2005) analisa que a focalização da saúde no país não está referida ao foco nos mais pobres, mas assume outros sentidos; refere-se a focos específicos a serem atingidos para a solução de um determinado problema e envolve grupos sociais a partir de determinadas características particulares. Durante o primeiro mandato do Presidente Lula uma das ações mais importantes é a aprovação do Pacto pela Saúde, que traz mudanças e reforça o SUS e o movimento de gestão pública com comprometimento e metas sanitárias a serem implementadas pelos entes federativos, através do pacto uma das estratégias é uma mobilização social na luta por um financiamento que fosse compatível com as necessidades de saúde, o que inclui a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 pelo Congresso Nacional.

No segundo mandato do Presidente Lula (2007- 2010), alguns pontos destinados à saúde se fazem presentes, enfatizando os aspectos básicos do SUS. O Ministro da Saúde apresentou um programa polêmico e que teve rebate nos principais veículos da mídia. A política de saúde se encaminha com foco nas articulações entre os determinantes sociais da saúde e a política de saúde, sendo que se entende que saúde não é apenas a ausência de doenças, mas sim um bem-estar físico, mental, emocional e social. A partir desse direcionamento a perspectiva de melhoria das condições e qualidade de vida não se limita à construção do SUS, mas ao aumento da capacidade para interferir na determinação social da doença. A 13ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2007, cujo eixo foi “Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”, expressa essa questão.

No espírito geral da Agenda Social, as ações para a saúde se inserem na política de desenvolvimento voltada para aliar o crescimento econômico com o desenvolvimento e a equidade social. A expansão da estratégia Saúde da Família segue sendo prioridade do Ministério da Saúde, onde entre os anos de 2007 e 2008 foram criadas mais de 2.500 novas equipes de Saúde da Família; em 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família

(NASFs) como estratégia para ampliar a abrangência e a diversidade das ações das ESF (Equipes Saúde da Família).

Durante a batalha que o governo Federal enfrentava no Congresso Nacional sobre Movimentação Financeira com o objetivo de equacionar a histórica situação de subfinanciamento do SUS, com a derrota, os recursos necessários à expansão das ações previstas no Programa Mais Saúde, em montante previsto de R$4,1 bilhões em 2008 e de R$5,0 bilhões em 2009, inviabilizaram-se, uma vez que das 168 ações previstas no Mais Saúde, 74 seriam financiadas pela Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (Ipea, 2009).

> A crise econômico-financeira internacional a partir do último trimestre de 2008 trouxe mais restrições à execução orçamentária da União. Apesar dessas restrições, o governo manteve o orçamento da saúde nos termos definidos na EC29, coisa que no 1º mandato nem sempre tinha ocorrido em momento em que o governo adotou uma política econômica ortodoxa que incluía grande contenção de gastos. O fluxo regular de recursos tem correspondido a incrementos no volume do gasto em saúde a cada ano (o gasto federal per capita praticamente dobra entre 2001 e 2008, passando de R$130,37 para R$256,68), sem, contudo, determinar aumento no percentual do PIB investido em saúde (gasto público total em torno de 3,60%) (Menicucci, 2011, p. 530).

O governo Lula II ameaçou vetar qualquer aumento de recurso se não estivesse vinculado a aumento na arrecadação. Entretanto, essa questão foi transferida para o governo da nova Presidente Dilma Rousseff. Em 2010 nas eleições, o Partido dos Trabalhadores (PT), trouxe uma mulher como candidata à presidência, a sua campanha foi publicizada na popularidade do presidente Lula. O plano de governo tinha como base a continuidade do governo Lula, as políticas que foram apresentadas não traziam algo novo e não tinha tanto compromisso com a Reforma Sanitária Brasileira. O ministro da saúde reproduzia um falso dilema entre financiamento e gestão. Ademais, devido a crise de 2008 o cenário internacional estava marcado por incertezas em alguns países europeus, o que também afetou o Brasil. O neodesenvolvimento esteve presente no governo Dilma, em que a política econômica através de programas buscava o desenvolvimento econômico do país, mas sem romper com o modelo econômico neoliberal.

Paim *et. al* (2011), analisou o contexto de saúde no início do governo Dilma, destacam-se entre os avanços da descentralização dos serviços de saúde para os municípios, ampliação ao acesso aos cuidados de saúde, cobertura universal da vacinação e assistência pré-natal, expansão de recursos humanos e tecnologias em saúde. No entanto, o Sistema

Único de Saúde estava demarcado por desafios como garantir o acesso universal à saúde, aumentar o financiamento e mudar o modelo de atenção.

A inclusão das Comunidades Terapêuticas no rol da Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório, a partir da Portaria nº 3.088, criada em 23 de dezembro de 2011, foi um dos marcos do governo Dilma I (2010-2014). Nesse sentido, é perceptível a continuidade do projeto neoliberal no governo da presidente, justamente pela prevalência da transferência de questões que deveriam ser trabalhadas com as políticas públicas e que foram repassadas para instituições de cunho filantrópico, o que corresponde a refilantropização da política de saúde mental no país.

O subfinanciamento com expansão do setor privado foi um dos focos do governo Dilma, assim como a captura do SUS pelo setor privado. A focalização das políticas de saúde foi mantida. A Lei complementar nº 141/2012 (LC-141), permaneceram os percentuais mínimos do orçamento para a saúde nos Estados (12%) e nos municípios (15%), manteve-se o mecanismo de financiamento de 12 (doze) anos antes para o nível Federal por intermédio da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29). O Legislativo e Executivo impediram a aprovação de recursos adicionais para o SUS, rejeitando a destinação de 10% do orçamento federal para a saúde.

As Jornadas de Junho em 2013 fizeram parte da conjuntura política do governo Dilma, essas manifestações partiram da população brasileira que estava descontente com a situação atual do Brasil, o movimento buscava que fosse realizado uma agenda pelo poder público para que fosse discutido a situação do país, o protesto se iniciou com o Movimento Passe Livre motivados pelo aumento da passagem em São Paulo.

No final de 2013 o Congresso encaminhou a Proposta de Emenda Constitucional (PEC- 358), que modifica o financiamento para a saúde, destinando 15% da receita líquida para a saúde. Em 2014 nas eleições presidenciais a saúde não foi priorizada em nenhum dos planos de programas de governos, mas o nome SUS aparece mais na cena política em comparação ao ano de 2010. A candidata Dilma Rousseff em seu projeto apenas atualizava o Programa Mais Médicos acrescido de Mais Especialidades.

No seu projeto de governo e em seus discursos de vitória e de posse a presidente eleita admitiu a saúde como prioridade, tampouco apresentou estratégias para assegurar a sustentabilidade do SUS (Reis; Paim, 2018, p. 6). Ficaram evidentes, na segunda metade do governo Dilma, diversos ataques ao SUS, sobretudo partindo do Congresso Nacional, entre eles: 1) a abertura do setor saúde ao capital estrangeiro; 2) o orçamento impositivo (PEC 358/2013); 3) a PEC 451/2014 propondo planos de saúde privados para todos os

trabalhadores, exceto os empregados domésticos; 4) a tentativa de anistia para as multas das operadoras de planos de saúde, por meio da Medida Provisória – MP nº627; 5) o rebaixamento do financiamento da seguridade social; 6) os cortes no Programa Farmácia Popular do Brasil resultando no fechamento de farmácias da modalidade rede própria; 7) a proposta de perdão de R$2 bilhões para empresas de planos de saúde, entre outros.

Apesar dos ataques ao SUS, algumas iniciativas propostas pelo governo poderiam ser ressaltadas: 1) Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas privadas de Liberdade no Sistema Prisional; 2) Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; 3) Programa Mais Médicos; 4) Normas para a redução do número de cesarianas e incentivo ao parto normal; 5) Programa Nacional de Segurança do Paciente; 6) Política Nacional de Atenção Hospitalar; 7) Criação do Sistema de Negociação Permanente do SUS; 8) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança; 9) Política de Educação Permanente em Saúde; 10) Redefinida a Política Nacional de Promoção da Saúde; 11) Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com doenças raras.

Diversas notas publicadas em 2015 expressaram opinião crítica em relação ao governo Dilma em 2015. No final do ano ocorreu a assembleia do XV Conselho Nacional de Saúde (CNS) em Brasília, com o tema "Saúde Pública de qualidade para cuidar bem das pessoas", sendo um espaço importante para discutir a conjuntura e os rumos que as políticas de saúde estavam sendo direcionadas.

Nesse contexto, diante das manifestações a favor e contra Dilma, o Congresso Nacional por intermédio de embates entre os representantes do Legislativo e Executivo em meio a uma crise econômica e política, a perda da base parlamentar da presidente gerou a abertura de um *impeachment*, em 12 de maio de 2016, o pedido do afastamento da presidente Dilma foi aprovado pelo Senado Federal, o seu segundo mandato foi de 2014-2016. A situação do Brasil, com o ajuste fiscal, penetração da ideologia neoliberal e dificuldade do governo em apresentar resposta adequada aos fatos, indicava uma mudança na correlação de forças, trazendo impactos negativos para as políticas de saúde (Reis; Paim, 2018, p. 7). Porém, o *impeachment* não seria a solução para o que o país estava passando naquele momento, na realidade ele foi aplicado justamente para dar abertura para que os governos de direita assumissem o país, por isso foi considerado um golpe para tirar da presidência a representação da esquerda.

Existem dois projetos, o da Reforma Sanitária e o Privatista, para a área da saúde tem favorecido este último, vê-se esse cenário privatista na forma que as guerras às drogas tomaram conta no Brasil que abriu um imenso espaço para a lógica dos manicômios

voltarem a crescer no país, e as instituições como as Comunidades Terapêuticas (CTs) começaram a receber investimentos do fundo público. Essas comunidades são entidades filantrópicas para tratamento de pessoas com transtornos mentais e de sujeitos que utilizam substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, a maioria é ligada a grupos religiosos e trabalham na perspectiva do isolamento e da abstinência.

Mediante as análises de como o projeto neoliberal se projetou nos governos de FHC, Lula I e II e Dilma, compreende-se que no governo de FHC o neoliberalismo restringiu o financiamento da saúde mental, dificultando a implementação da Reforma Psiquiátrica que apenas foi instituída em 2001. Já no governo Lula I e II houve grande expansão dos serviços de saúde mental como os CAPS, mas sem romper totalmente a lógica da terceirização e parcerias público-privadas. No governo Dilma I e II a política foi mantida, porém enfrentou desafios fiscais, reduzindo a velocidade da expansão da rede, além de incluir instituições filantrópicas na Rede de Atenção Psicossocial, foi um governo marcado pelo processo de refilantropização dos serviços de saúde mental. Com isso, entende-se que a política de saúde mental no Brasil teve alguns avanços, mas sempre sob a mesma tensão entre a necessidade de financiamento público e a lógica neoliberal de restrição de gastos e terceirização da gestão, e contradição a partir do financiamento do fundo público em instituições de filantropia. Desse modo, outros governos como o de Temer, Bolsonaro e Lula III ainda são postos desafios à política de saúde mental em razão do projeto agora ultra neoliberal.

2.3 O ultra neoliberalismo no Governo Temer e Bolsonaro e o desmonte da Política Nacional de Saúde Mental

O contexto econômico, político, cultural e social da realidade brasileira expõe o avanço e endurecimento do ultra neoliberalismo, em todas as esferas da existência humana, em sua face hiper autoritária, com expressões ultraconservadoras e protofascistas (Dardot; Laval, 2016). O governo brasileiro optou conscientemente por uma política de morte, ou nos termos de Mbembe (2016), pela necropolítica, como política oficial do Estado. Para o referido autor, tal conceito opera com o extermínio de populações, sendo a soberania:

> [...] a expressão máxima, do poder e da capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer. Por isso, matar ou deixar viver constituem os limites da

> soberania, seus atributos fundamentais. Exercitar a soberania é exercer controle sobre a mortalidade e definir a vida como a implantação e manifestação de poder (Mbembe, 2016, p. 123).

Com os ataques da burguesia nacional e internacional ao sistema de proteção social, a Seguridade Social foi caminhando para o que Vianna (1998) denominou de americanização perversa, na medida em que, o modelo estatal foi se aprimorando cada vez mais numa espécie de atendimento de péssima qualidade voltado aos mais pobres.

> Na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (PNSMAD), tivemos inúmeros retrocessos desde 2016, impostos de forma vertical, sem consulta aos principais atores políticos do campo da saúde mental, com invisibilidade de dados, abandonando todas as prioridades definidas nas Conferências Nacionais de Saúde Mental e com total desrespeito às instâncias de participação e Controle Social do SUS e às principais diretrizes de organizações internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Organização das Nações Unidas (ONU), a Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) e também da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD). Como exemplo, temos o forte desinvestimento nos serviços e dispositivos da RAPS nos territórios e deslocamento maciço de recursos para unidades privadas e filantrópicas, incluindo Hospitais Psiquiátricos (HP) conveniados com o SUS e, particularmente, Comunidades Terapêuticas (CT), destinadas a usuários/as com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, que funcionam com uma única abordagem de abstinência absoluta e internações médias e longas, e que possuem um histórico comprovado de inúmeras violações de direitos (Conselho Nacional de Saúde, 2024, p. 4).

O cuidado em liberdade está seriamente ameaçado com o retrocesso da Política de Saúde Mental desde 2016, quando se volta a defender hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas e a criação de modalidades de equipamentos da RAPS no viés de internamento com direcionamento da lógica manicomial, financiando-as como estratégias preferenciais de cuidados aos que sofrem com questões mentais e uso de substâncias psicoativas.

Durante o Governo Temer (2016-2019) foram criadas portarias que objetivaram investimentos em unidades de filantropia e contrariar a finalidade dos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial. A Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017 Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e no art. 11º determina o fortalecimento da parceria e o apoio intersetorial entre Ministério da Saúde/Ministério da Justiça/Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Ministério do Trabalho em relação às Comunidades Terapêuticas. Vê-se uma desqualificação da Reforma Psiquiátrica, em razão das Comunidades Terapêuticas serem "baseadas no modelo asilar, que atuam a partir do isolamento de usuários(as) com transtornos

mentais ou de sujeitos que utilizam álcool e outras drogas, com tratamentos voltados a moralização e abstinência forçada" (CRP/SC, 2017). Diante disso, esta resolução garante: a manutenção dos leitos em hospitais psiquiátricos, ao passo que veta fechamentos e expande valores pagos para a internação nessas instituições de R$49 para R$80; estimula a criação de novas vagas em hospitais gerais; e propõe a ampliação das comunidades terapêuticas ligadas ao setor privado de caráter religioso, para atender pessoas com transtornos mentais e dependentes químicos por meio de um investimento bastante significativo, no valor que poderia chegar a R$240 milhões por ano, contra quase R$32 milhões destinados por ano aos demais dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (Batalha; Dominguez, 2018).

A Portaria nº 3.588/2017 do Governo Temer criou uma modalidade de CAPS AD, do tipo IV, em que esse equipamento funcionasse 24 horas com a finalidade de ampliar o atendimento, mas que na realidade facilitou a internação compulsória dos usuários. Uma pesquisa produzida por pesquisadores do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap) em parceria com a organização Conectas Direitos Humanos, publicada em 2021, ressalta que desde 2011, às Comunidades Terapêuticas começaram a receber fundos de investimentos do Governo Federal, mas foi em 2017 que esse esses investimentos cresceram, uma vez que entre 2017 e 2020 o investimento federal chegou a 560 milhões de reais e em 2021 foi aprovada a Lei 187/21, que estabelece a essas instituições o direito de receber imunidade tributária.

Enquanto isso não aconteceu investimentos na criação de uma maior quantidade de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Nesse sentido, esse fato reverbera no modo em que esse Estado de caráter ultra neoliberal não quer se responsabilizar pelos usuários da política de saúde mental e tenta através de suas estratégias utilizar o fundo público para a refilantropização dos serviços relacionados aos direitos sociais da população usuária dos serviços de saúde mental, o que não privatiza e sim entrega a grupos religiosos a responsabilidade de realizar o tratamento daquele sujeito em um direcionamento de moralização e abstinência. Esse Estado violento se apresenta como forma de resolver a crise, reduzindo os gastos públicos, "o ajuste à crise econômica será - e já está sendo - pago pela classe trabalhadora" (Carcanholo, 2015).

A Portaria de n º 3.588 de 21 de dezembro de 2017, foi publicada sem debate público prévio, ferindo a Constituição Federal de 1988 que garante o controle social. O governo Temer seguiu a perspectiva de silenciamento dos usuários e dos profissionais trabalhadores da política de saúde mental em relação a avaliação da conjuntura da PNSM e da luta por

modificações que ampliassem não apenas o acesso, mas também o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial. Ademais, essa portaria por sua vez, propõe um aumento do valor da diária de internação para os hospitais psiquiátricos e amplia de 15% para 20% o número de leitos psiquiátricos nessas instituições. Também determina uma taxa de ocupação de 80% dos leitos de saúde mental nos hospitais gerais como condição para que recebam a verba de custeio do serviço, dentre outras medidas que representam juntas, segundo o representante do Conselho Nacional de Saúde, Ronald Ferreira, um sério retrocesso, ao passo que incentivam a cultura da hospitalização que possui uma clara lógica de segregação (Sampaio, 2018).

Apesar de essa política instigar a criação de vagas em hospitais gerais para pessoas em crises de saúde mental, é uma conquista do Movimento da Luta Antimanicomial, mas que tem uma alteração na sua forma de financiamento mensal para verba por internação registrada. O que de fato aparenta é que há uma tendência em transferir a responsabilidade de execução aos setores do grande Capital “por meio da construção de novos conglomerados de hospitais e clínicas psiquiátricas” (CRESS/RN, 2017). É nesse momento, portanto, que a rede privada se apropria da ausência do Estado, assim, donos de hospitais privados, desejam o retorno “do parque manicomial” custeado pelo SUS, ou seja, o que se pretende é uma enorme rede de hospitais conveniados pagos pelo SUS, com o mínimo possível de regulação (Evangelista, 2017).

Para a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco):

> [...] o que está principalmente em questão é o retorno da ênfase das modalidades assistenciais conhecidas pela sua ineficácia nos processos de reabilitação psicossocial, reinserção social, singularização e autonomização de pessoas acometidas de transtornos mentais e de usuários de álcool e outras drogas, portanto, manicomializadoras (Batalha; Dominguez, 2018, p. 24).

O Conselho Regional de Serviço Social do Rio Grande do Norte (2017) cita que a criação da Rede de Ambulatório de Saúde Mental (AMent), prevista na Resolução nº37/2017 quanto na Portaria nº3.588/2017, a qual consistiria em um serviço que intermediaria o CAPS e a Atenção Básica poderia representar a quebra da "lógica de organização e estruturação dos serviços de saúde mental", sendo que a Atenção Básica era encarregada de atender pessoas com transtornos mentais de nível leve e os CAPS de nível moderado e mais graves. O CRESS/RN reitera que essa nova medida tem a finalidade de trazer de volta um modelo asilar que segregou e negligenciou os(as) usuários(as) dos serviços de saúde mental. Porém, é importante destacar que o serviço ambulatorial é uma alternativa para atender as demandas

que não estão relacionadas a transtornos mentais graves, sendo um complemento a RAPS e que também precisam ser fortalecidos.

O desmonte do SUS continua no Governo Bolsonaro (2019-2022), a partir da aprovação no Governo Temer da Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos (EC) de nº 95 que afetou as diretrizes do Sistema Único de Saúde, que sempre foi subfinanciado e com a aprovação da emenda do teto de gastos, o governo impôs um processo acelerado de desfinanciamento.

Contradições em relação ao repasse de verbas do Governo Federal são demarcadas em virtude do ultra neoliberalismo no governo Bolsonaro, contribuindo para a extrema focalização da Política Nacional de Saúde Mental que já estava fragilizada durante a presidência de Michel Temer.

> Pesquisas mostram que o MS não realizou, até o ano de 2019, gastos com as chamadas Comunidades Terapêuticas. Contudo, é crucial atentar ao fato de que o governo federal vem realizando repasses para estas estruturas a partir do Fundo Nacional Antidrogas, através da contratação de leitos por meio de editais, hoje publicados sobretudo pelo Ministério da Cidadania. Em 2019, o Ministério da Cidadania repassou cerca de 70 milhões de reais para estas estruturas; em 2018, o repasse foi de 124 milhões de reais (todos os valores em reais de 2019) (Conselho Nacional de Saúde, 2024, p. 35).

Além disso, o Governo Bolsonaro manteve a destruição do Programa Mais Médicos, que atendia 700 municípios brasileiros, chegando a lugares longínquos e de difícil acesso, com essa destituição do programa grande parte da população ficou sem acesso à saúde, principalmente, aquelas que residiam em localidades na zona rural.

O ultra neoliberalismo se fez presente durante o governo de Jair Messias Bolsonaro, considerando que "a economia se ajusta por meio de um equilíbrio natural e sendo assim intervenções estatais são desnecessárias" (Silva; Misailidis, 2016, p. 129). Porquanto o Governo Bolsonaro compreende que a crise adveio pelos altos gastos na economia, principalmente, por gastos públicos.

Esse neoliberalismo que iniciou entre os anos de 1970 a 1990 retorna para defender uma ideologia de uma política voltada para um duro ajuste fiscal, no contexto brasileiro esse ideário avança em 2016 período demarcado pelo aumento do conservadorismo no regime político do país, assim, o Estado utiliza a força coercitiva da violência para enquadrar e punir a população. Nesse sentido, durante esse período o neoliberalismo passa a assumir outra forma, sendo ela ultra neoliberal em razão da focalização em massa das políticas públicas e a negação de direitos sociais da população brasileira no contexto contemporâneo, nos termos de

Dardot e Laval (2016, p. 275), referindo-se ao ultra neoliberalismo, que é uma nova modalidade ainda mais perversa do sistema capitalista e, que corrói as relações sociais, e os sujeitos são transformados em concorrentes e produzem a mercadorização da instituição pública. Com isso, essa instituição é obrigada a funcionar segundo a lógica gerencial prevalecente no mundo empresarial da competição sem limites.

Na gestão do projeto político ultraconservador do ex-presidente Jair Bolsonaro a Emenda Constitucional nº95/2016 trouxe impactos negativos ao desmonte do SUS e das políticas intersetoriais, a divulgação da Nota Técnica nº11/2019 traz ataques a Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

> [...] além da crítica genérica sobre a "ideologia" presente na política de saúde mental (reproduzindo a retórica ideológica "anti-ideologia" do governo Bolsonaro), substituída por uma visão "científica", alguns pontos devem ser destacados, pois representam uma medida direta de desconstrução da reforma psiquiátrica: reforço do papel estratégico do hospital psiquiátrico; ênfase na internação de crianças e adolescentes; ênfase em métodos biológicos de tratamento, como a eletroconvulsoterapia; disjunção entre a saúde mental e a política de álcool e outras drogas; e condenação das estratégias de redução de danos (Delgado, 2019, p. 3).

O Decreto Presidencial nº 926/2019, publicado em 22 de julho, excluiu vagas destinadas a especialistas e integrantes da sociedade civil no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, dentre eles estão juristas, psicólogos, assistentes sociais, médicos e conselhos especializados. Galvani (2019) cita que a composição do CONAD passou a ser composta por participantes do governo, como, por exemplo, os ministros Sérgio Moro (Justiça), Damares Alves (Mulher, Família e Direitos Humanos), Paulo Guedes (Economia), Abraham Weintraub (Educação) e Osmar Terra (Cidadania).

O Conselho Federal de Serviço Social se posicionou publicamente e ressaltou que esse decreto é autoritário e antidemocrático, representa um retrocesso na Política sobre Drogas.

> [...] não só porque exclui a participação de quem mais está envolvido e lida com essas questões no cotidiano, que é a sociedade civil e especialistas no debate, mas também porque quer impor um modelo de combate ao uso de drogas violento e punitivo, que visa trancafiar o usuário em comunidades terapêuticas que, na maioria das vezes, se parecem com manicômios que violam direitos humanos fundamentais [...]. Impedir a participação do Serviço Social e de outras categorias profissionais da saúde dos debates do Conad é, sem dúvida alguma, uma tentativa de calar a opinião técnico-científica de profissionais que têm apontado caminhos alternativos para a questão das drogas no país (CFESS, 2019).

Um grande retrocesso a retirada de categorias profissionais que estão na linha de frente no atendimento aos usuários dos serviços da política de saúde mental, sendo que são essas categorias que conhecem as necessidades desses sujeitos, e a sua participação em Conselhos é de primordial importância para propor diretrizes, fiscalizar, controlar e deliberar a política de saúde mental, justamente para incluir representações da sociedade civil e de profissionais que defendam os interesses da população usuária da política. A cogestão e partilha de poder, é um importante instrumento de consolidação da democracia representativa e de controle de políticas públicas por intermédio dos conselhos das políticas sociais.

Em 2019, uma portaria do Ministério da Saúde foi apresentada com a proposta de facilitar a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia, ou seja, predomina-se a retomada de instrumentos de tortura as pessoas com transtornos mentais, visto que diversas pessoas foram mortas quando foram utilizados esses instrumentos para o tratamento de saúde mental. Desse modo, verifica-se a presença de uma política de morte, a necropolítica.

No final de 2020 no Governo Bolsonaro, foi apresentado um projeto pelo Ministério da Saúde que revogaria 100 portarias publicadas entre 1991 e 2014, atingindo as conquistas da Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial, essa revogação tinha o propósito de retornar o cuidado em saúde mental para as redes de internação em hospitais psiquiátricos. Ademais, nessa proposta colocava-se a criação de mais comunidades terapêuticas, espaços em que as pessoas são alvo de tortura, conversão religiosa compulsória e trabalho escravo. Além disso, foi proposto o fechamento do CAPS AD e de programas como o De Volta Para a Casa. Outra decadência no governo Bolsonaro foi a Resolução do CONAD nº 03/2020 que regulamenta a internação de adolescentes em Comunidades Terapêuticas, isso vislumbra na segregação de jovens. A figura do "menor" como objeto de tutela do Estado, é uma prerrogativa para a retirada dos direitos desses adolescentes que estão em situação de desproteção social por esse Estado omisso em seus deveres de promover dignidade e justiça social.

O Ministério da Saúde passa a ter defensor do eletrochoque, em 2021, como coordenador-geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, o psiquiatra Rafael Bernardon Ribeiro que tem proximidade com Quirino Cordeiro Júnior, secretário de Drogas do Ministério da Cidadania, que também defende a popularização da eletroconvulsoterapia. No entanto, com a pressão do movimento dos trabalhadores de saúde mental e movimento

antimanicomial a proposta de revogação de 100 portarias que consequentemente impactaria negativamente a Reforma Psiquiátrica não teve prosseguimento para aprovação.

Dessa forma, esses desmontes na política de saúde mental nos governos ultra neoliberais Temer e Bolsonaro impactam significativamente a cena contemporânea. Com isso, o Governo Lula III se depara com uma série de desafios para reestruturar essa política pública, principalmente com a criação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário que para a sua implementação efetiva é necessário que a RAPS esteja bem estruturada para atender um quantitativo crescente de demandas de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei que estão sendo desinstitucionalizadas, e para que esse retorno ao território seja de forma segura é preciso de serviços de saúde mental com qualidade, e mais profissionais com qualificação para atender as demandas desse público.

2.4 Conjuntura da Política Nacional de Saúde Mental no Governo Lula III

A Política Nacional de Saúde Mental no governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva III tem se concentrado em fortalecer e expandir a Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde, priorizando um atendimento humanizado e integral.

De acordo com a publicação do Jornal Extra Classe (2023), a Ministra da Saúde Nísia Trindade assinou duas portarias que instituem a recomposição financeira para os Serviços Residenciais Terapêuticos e para os Centros de Atenção Psicossociais, sendo elas a Portaria GM/MS nº 681/2023, e a Portaria GM/MS nº 2.685/2023, com essa iniciativa aumentará a assistência na rede de saúde mental. O aumento do orçamento em 2023 é um dos pontos na reestruturação da PNSM, tendo em vista que o Ministério da Saúde anunciou um incremento de mais de R$200 milhões no orçamento da RAPS, elevando o total para R$414 milhões anuais, representando um aumento de 27% no financiamento destinado à saúde mental. Para a Ministra, a questão da saúde mental não tem relação apenas com a pandemia:

> Ela também tem muito a ver com a solidão que as pessoas vivem, com o individualismo crescente, que muitas vezes se manifesta na dificuldade de interação social. Nesse contexto, assino a portaria que é central para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, criada e muito bem cuidada durante o primeiro governo do Presidente Lula. Desde 2016 não havia nenhum reforço de custeio, então estamos dedicando recursos para a rede e para as residências terapêuticas (Extra Classe, 2023, Ministra Nísia Trindade).

O anúncio do investimento na PNSM foi feito durante a 17º Conferência Nacional de Saúde Mental, o repasse do orçamento será direcionado para os 2.855 CAPS presentes no país e os 870 Serviços Residências Terapêuticos. Com esse investimento a política de saúde mental ganha uma nova roupagem e os seus serviços são ampliados justamente para atender as necessidades da população brasileira que são usuários(as) dessa política pública que em razão dos últimos governos estava fragmentada. O Ministério da Saúde criou o Departamento de Saúde Mental (DESME) justamente pela necessidade e importância da saúde mental para a sociedade brasileira.

De acordo com o Ministério da Saúde (2023), em março de 2023, foram habilitados 27 novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 55 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), 04 Unidades de Acolhimento e 159 leitos em hospitais gerais, com destaque para a região Nordeste. Os novos serviços foram habilitados em Alagoas, Bahia, Maranhão, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe, Acre, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul. Para a implementação desses novos serviços serão investidos R$32.389.256,00 ao ano.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços comunitários voltados ao atendimento de pessoas com sofrimento psíquico ou transtornos mentais, incluindo dependência de álcool e outras drogas. As equipes multiprofissionais oferecem intervenções como psicoterapia, terapia ocupacional e atendimentos familiares. Já os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são residências localizadas em áreas urbanas destinadas às pessoas com transtornos mentais graves que necessitam de moradia assistida, promovendo a reinserção social e a autonomia dos indivíduos. Com esses investimentos do Governo Federal as pessoas que necessitam utilizar os serviços de saúde mental poderão ter acesso, justamente pela ampliação dessa política social.

O Ministério da Saúde (2023) cita que o Programa de Aceleração de Crescimento (PAC) construirá 150 CAPS, essa ampliação corrobora para a inclusão de 13,4 milhões de pessoas na Rede de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde. A meta inicial do PAC era de construir 75 CAPS, mas a meta foi dobrada devido a alta demanda de pedidos em torno de 1.429 propostas de 1.148 municípios brasileiros.

O governo Lula III tem reafirmado o compromisso com a política antimanicomial, enfatizando a desinstitucionalização e o cuidado em liberdade. Em colaboração com o Conselho Nacional de Justiça, estão sendo implementadas ações para o fechamento gradual de hospitais de custódia, conforme previsto na Lei Antimanicomial, Resolução 487 do Conselho

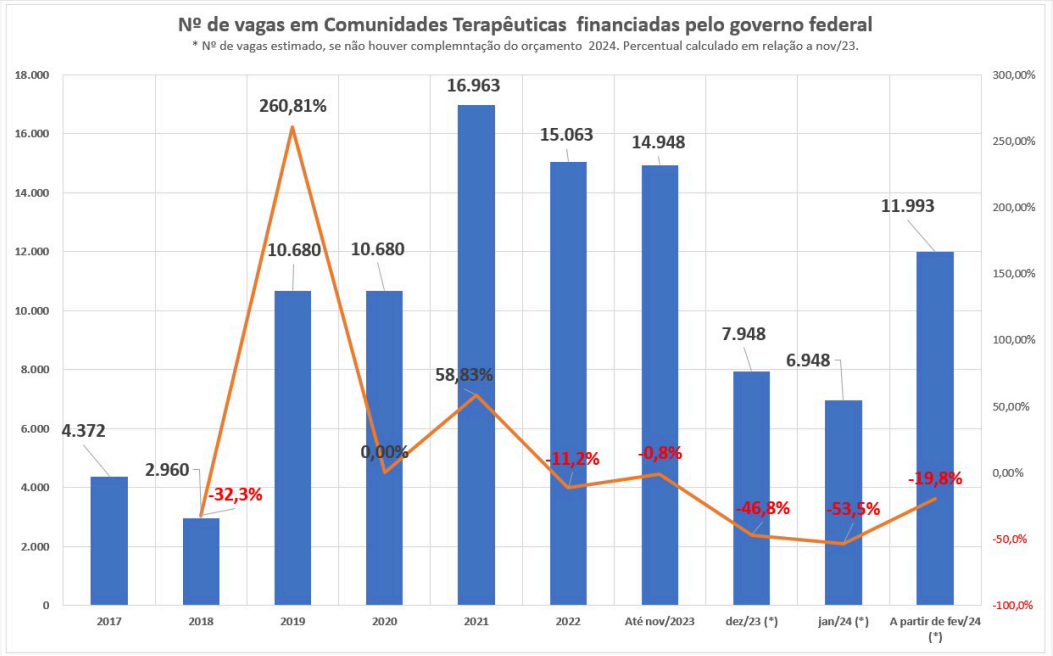
Nacional de Justiça. O Secretário de Atenção Especializada à Saúde explica que “Será pactuado com estados e municípios o financiamento federal para equipes multidisciplinares para este trabalho, para avaliar cada usuário e o integrar de forma responsável em um ponto da rede de atenção. Além disso, vamos induzir o crescimento desta rede onde for necessário” (Helvécio Magalhães, 2023). Isso inclui a criação de políticas específicas para a desinstitucionalização e a formação de equipes interdisciplinares para avaliar, acompanhar e integrar os usuários(as) na rede de atenção psicossocial, como as Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis a Pessoas com Transtornos Mentais (EAP).

Apesar dos avanços, a saúde mental no Brasil enfrenta desafios significativos, exacerbados pela pandemia de COVID-19, que aumentou a demanda por serviços de saúde mental. O Governo Lula III busca reconstruir e fortalecer a política de saúde mental, alinhando-se às diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira e promovendo a dignidade, o cuidado integral e a reinserção psicossocial dos indivíduos.

A conjuntura atual da Política Nacional de Saúde Mental sob o governo Lula III é marcada por esforços significativos para ampliar e fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial, com investimentos substanciais e um compromisso renovado com práticas humanizadas e inclusivas no tratamento de transtornos mentais. Mas, existem contradições em razão do fortalecimento da refilantropização da saúde mental. Durante o terceiro mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, as políticas relacionadas às comunidades terapêuticas para dependentes químicos geraram debates e ações distintas dentro do governo.

Ademais, em janeiro de 2023, o governo criou o Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas, posteriormente renomeado para Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas (DEPAD), vinculado ao Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social (MDS). Esse departamento foi estabelecido com o objetivo de ampliar o número de acolhimentos nessas entidades até 2026.

Gráfico 5- Vagas em Comunidades Terapêuticas financiadas pelo governo federal



Fonte: Cruz Azul, 2024.

O Governo Federal através do presidente Lula enviou ao Congresso Nacional o orçamento de R$162.794.121,00 milhões que foi aprovado pelos parlamentares do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, esse orçamento se refere ao "Cuidado e Acolhimento de Usuários e Dependentes de Álcool e outras Drogas". Nesse sentido, caso esse valor do orçamento não seja complementado ocorrerá uma redução do número de vagas financiadas pelo Governo Federal às Comunidades Terapêuticas, tendo em vista que no Governo Bolsonaro o orçamento foi maior, sendo assim ocorreu uma redução de cerca de 12 mil vagas que eram financiadas pelo Governo Federal nas Comunidades Terapêuticas. Quando comparado ao ano de 2023, é visualizada uma redução de -19,8%, que estavam sendo financiadas pelo Departamento Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas do MDS. Essas informações comprovam a prioridade do governo de romper com a refilantropização dos serviços de saúde mental.

Em abril de 2024, o Conselho Nacional de Assistência Social, ligado ao MDS, decidiu retirar as comunidades terapêuticas da lista de organizações sociais reconhecidas pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), por meio da Resolução CNAS nº 151/2024, sendo assim essas entidades não poderão mais ser financiadas com recursos do SUAS. Essa medida implicou na suspensão de repasses de verbas federais destinadas a essas entidades, sob a justificativa de que elas não atendiam aos requisitos necessários para integrar o SUAS.

O edital de credenciamento nº 08/2023 para que organizações da sociedade civil que atendem e prestam serviços de acolhimento a pessoas com problemas de uso excessivo de álcool e outras drogas habilitou 587 entidades, em 2024. Dentre as inscrições, cerca de 500 comunidades terapêuticas fizeram o credenciamento, mas apenas 100 firmaram contrato com o governo federal, sendo pago R$38,00 por dia a aqueles atendidos nestas instituições que têm convênio com o Executivo.

A delegação da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2023, formada por mais de cem associações e da militância da luta antimanicomial escreveram uma carta-manifesto ao presidente Lula, questionando o financiamento das Comunidades Terapêuticas. Nesse sentido, o coletivo questionava o financiamento do Governo Federal às Comunidades Terapêuticas, devido ao MDS que estava financiando 14.948 vagas por meio de 602 entidades em todo o país, ou seja, o coletivo visualiza esse modo de atenção à saúde mental como ineficaz e contrário aos direitos humanos, um modelo que foi defendido pela gestão dos ex-presidentes Dilma, Temer e Jair Bolsonaro.

O Governo Lula III adotou medidas de restrição em relação às comunidades terapêuticas, mas ainda continua financiamento essas instituições refletindo uma abordagem multifacetada e debates internos sobre a melhor forma de tratar a dependência química no país, ou seja, mesmo que seja um governo de esquerda existem contradições no que diz respeito a prevalência da refilantropização das políticas públicas, justamente pela correlação de forças em que o governo federal continua beneficiando instituições de cunho filantrópico para ter apoio eleitoral .

Dado o exposto, com a implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário brasileiro, as pessoas com transtornos mentais em conflito com a Lei precisam ser desinstitucionalizadas, retornar para o seu território de origem e serem acompanhadas pela Rede de Atenção Psicossocial que em razão de sua fragmentação não está atendendo as necessidades desse público. Com isso, o tratamento preferencialmente é em serviços de base comunitária e que essas pessoas devem ser tratadas com humanidade e respeito, às Comunidades Terapêuticas atendem pessoas com transtornos mentais principalmente aquelas com dependência química, porém não seria uma opção correta o encaminhamento desses cidadãos que estão cumprindo medidas de segurança para tratamento nessas unidades filantrópicas, pelo histórico de violações aos direitos humanos.

3 HISTÓRIA DA LOUCURA, construção dos manicômios judiciários e a implementação da política antimanicomial do poder judiciário

A princípio, vale mencionar que nessa seção será apresentada uma síntese do resgate da história da loucura no contexto global, trazendo elementos de como a sociedade compreendia a loucura e em quais condições estavam os considerados “loucos”, a partir disso entende-se de qual modo esse processo histórico influenciou na criação de manicômios para alocar os “loucos” considerados “criminosos”. Posto isso, são analisadas as mudanças ocorridas no contexto histórico social de como as pessoas com transtornos mentais em conflito com a Lei são vistas pelo ordenamento jurídico brasileiro. E, com a promulgação de direitos sociais a partir da Lei Antimanicomial 10.216/2001 outras políticas são instituídas como a Política Antimanicomial do Poder Judiciário brasileiro que reconfigura o sistema de justiça no que se refere às pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei e a criação de equipes interprofissionais para atender esse público a partir da desinstitucionalização, outorgada pela Política Antimanicomial.

3.1 Contexto histórico da loucura e a construção dos manicômios judiciários

Em "A história da loucura na idade clássica", obra originalmente publicada em 1961. Foucault (2002) aborda a transfiguração histórica da loucura em doença mental. Para tanto, ele demonstra como a concepção de alienação mental de cunho psiquiátrico pode ser revista por uma arqueologia da loucura no Ocidente - do Renascimento à modernidade. A loucura constrangida ao domínio médico é identificada à enfermidade mental e descortinada pela arqueologia foucaultiana como fenômeno recente. A constituição de um espaço terapêutico específico, os asilos, para curar os agora denominados “doentes”, é o correlato do processo histórico que criou a alienação mental.

No contexto histórico, a humanidade tinha uma tendência de excluir aqueles considerados "anormais". Na antiguidade pré-clássica as doenças mentais eram designadas ao sobrenatural, sendo que até o início da Idade Média o tratamento era vinculado ao conforto e apoio aos doentes mentais. Entre o final da Idade Média e a Idade Moderna, o doente mental passou a ser visto como aquele "possuído pelo demônio", consequentemente, o tratamento a

essas pessoas passou para o espancamento, aprisionamento e tortura, com o objetivo desse ser "possuído pelo demônio" fosse curado.

É válido mencionar que a retirada dos doentes mentais do convívio social advém da cultura árabe, onde teria surgido o primeiro hospício conhecido do século VII. No continente europeu, após alguns séculos, surgem os primeiros hospícios no século XV, quando os árabes ocuparam a Espanha. Durante o século XVII os hospícios começam a disseminar e abrigar não apenas os doentes mentais, mas os marginalizados em geral como as pessoas em situação de rua, criminosos, pessoas com doenças venéreas e libertinos, todas essas pessoas que estavam presentes nos hospícios eram submetidas a tratamentos desumanos.

O Psiquiatra Philippe Pinel um grande expoente do hospital como "instrumento terapêutico", no século XVIII, desenvolveu um processo de humanização no atendimento às pessoas com doenças mentais, o tratamento foi denominado pelo Psiquiatra como "tratamento moral" designado no sentido de integralidade do ser humano. Após o Iluminismo e a Revolução Francesa, a concepção que o social tinha dos "loucos" passou a ser observado como um assunto médico-científico, porém mesmo assim os tratamentos referidos aos internos se constituíam em torno de chicotadas, banhos frios, isolamento em quartos apertados e escuros sem nenhuma higienização.

A priori, com o tratamento terapêutico durante o século XVIII, deu-se início ao surgimento de hospitais para "loucos" com condições físicas “mais adequadas”. O hospital Hôtel-Dieu em Paris é uma exemplificação, onde a estrutura física do espaço é organizada para abrigar as pessoas com doença mental e a medicina tem enfoque no paciente como objeto do saber e da prática médica.

Nesse contexto, 1820 é o ano em que os primeiros relatos da loucura no território brasileiro começam a ganhar notoriedade no país. Durante esse período, em meados de 1841 e 1889 o Brasil estava em um processo de Estado Monárquico, o Segundo Reinado. Em razão da grande quantidade da população estar nas grandes cidades, o deslocamento da família real estava "desprotegido", assim o Império brasileiro verificou a necessidade de implantação de novas práticas políticas e institucionais, sendo estas mudanças no cenário das autoridades policiais que iniciam a deslocar essas pessoas para asilos a fim de diminuir a quantidade de pessoas que estavam nas grandes cidades (Gonçalves; Sena, 2001, p. 49). A circulação dos loucos pelas cidades brasileiras era uma realidade, estes estavam nas ruas, asilos e Santas Casas da Misericórdia, porém não realizavam nenhum tratamento específico. Com isso, em 1830 uma comissão da recém-criada Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro realiza um diagnóstico da situação da loucura na cidade (Portocarrero, 2002). Diante disso,

após tal diagnóstico, chegam à conclusão de que uma nova ordem social deveria se fazer valer: a segregação dos alienados aos hospícios (Machado; Loureiro; Luz; Murici, 1978, p. 376).

Nesse contexto, a psiquiatria no Brasil surge no século XIX, especificamente em 1879 em virtude do decreto nº 7.247, criando assim a Cátedra de Psiquiatria nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia e um ano após a Cátedra de Moléstias Mentais. Na sociedade brasileira os considerados "loucos" que advinham de famílias dos proprietários de terras recebiam tratamento domiciliar, já os escravizados eram aprisionados em asilos administrados pela Igreja Católica. No Rio de Janeiro em 1852, foi fundada a primeira instituição de saúde mental no país, o Hospício Pedro II, administrado pela Igreja Católica e não seguia as recomendações da Psiquiatria. Após a Proclamação da República em 1889 é que a Psiquiatria surge como especialidade da medicina e os médicos no Brasil passam a administrar os hospícios que antes a Igreja Católica gerenciava.

É válido ressaltar que essas mudanças no país somente acontecem depois da promulgação da Lei que cria o "Código Criminal do Império do Brasil", em que no seu capítulo I, "Dos Crimes e Dos Criminosos", em seu Art 12, “Os loucos que tiverem cometido crimes, serão recolhidos às casas para eles destinadas, ou entregues às suas famílias, como ao Juiz parecer mais conveniente” (Brasil, 1830).

No contexto histórico da construção dos códigos penais brasileiros, pode-se mencionar que a inimputabilidade do agente se fez presente no Código Penal de 1890[8], “pelo então General Manoel Deodoro da Fonseca, Chefe do Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil”, já que trazia em seu Artigo 27 a seguinte redação: “§ 3º Os que por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação”, ou seja, aqueles com deficiência mental ou envelhecimento, são absolutamente incapazes de serem considerados criminosos.

O "louco" como infrator é uma problemática que tem origem com a psiquiatria, as teorias acerca dessa questão estavam relacionadas aos crimes cometidos sem nenhuma razão pelo agente, teoria “monomania sem delírio”, doença mental criada por Philippe Pinel no século XIX pela pronto psiquiatria, entendia-se que se estava diante de uma situação ambígua em que o sujeito, em vários aspectos, raciocinava perfeitamente e executava suas ações sociais em conformidade com as expectativas da comunidade, exceto por um detalhe. Em

[8] O General Manoel Deodoro da Fonseca, Chefe do Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil, constituído pelo Exercito e Armada, em nome da Nação, tendo ouvido o Ministro dos Negócios da Justiça, e reconhecendo a urgente necessidade de reformar o regime penal, promulga o seguinte Decreto Nº. 847, de 11 de outubro de 1890: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/d847.htm.

situações muito específicas, o indivíduo demonstrava descontrole excessivo e atitudes violentas, chamando a atenção dos especialistas para a existência de um distúrbio mental antes insuspeito (Harris, 1993, p. 17; Carrara, 1998, p. 72).

Nesse panorama, inclui-se a investigação de casos emblemáticos e que desafiavam a lógica. Assassinatos brutais cometidos por agentes que tiveram, ao longo da vida, um histórico social irretocável e que jamais levantaram suspeitas quanto à sua moral, ou mesmo seu estado mental. Esse era, precisamente, um dos problemas que a justiça começava a enfrentar, pois "enquanto a maioria dos juristas da restauração considerava estes infratores a apoteose da criminalidade, os alienistas os viam como vítimas desafortunadas da doença" (Harris, 1993, p. 18).

A degeneração cunhada por Bénédict Morel, a qual associava a loucura ao papel social desempenhado pelo indivíduo. Nela, a miséria torna-se o centro de produção do desvio mental e moral, ao alterar o temperamento do sujeito e influenciar seus atos sociais (Foucault, 2014, p. 375; Carrara, 1998, p. 82). A degeneração é do final do século XIX e explica que os crimes cometidos por pessoas com doenças mentais têm como contexto a transmissão hereditária.

E esse processo de paulatina inserção da reflexão médica sobre as práticas criminosas teve seu ápice com a antropologia criminal (Carrara, 1998, p. 100). A partir de Cesare Lombroso e seu "homem delinquente", as teorias científicas voltaram-se para a demonstração da existência de um "criminoso nato". Nesse movimento positivista, as ações humanas passaram a ser consideradas biodeterminadas, especialmente aquelas contrárias às expectativas sociais. Diferentemente da monomania[9] e da degeneração, a teoria sobre o atavismo constatava não uma patologia justificadora, mas a própria expressão de um subdesenvolvimento humano com origens no darwinismo social (Carrara, 1998, p. 104). Agora, as causas do delito estão todas inseridas em explicações biológicas e psicológicas, que transformarão permanentemente o papel social do criminoso e as escolhas institucionais para seu controle (Baratta, 2011, p. 38).

De qualquer sorte, seja por uma situação transitória ou mesmo uma condição desviante, as crescentes explicações biológicas para o fenômeno criminoso tiveram o condão de questionar as bases do direito de punir clássico (Carrara, 1998, p. 106). Nos tribunais de justiça durante esse período o papel do psiquiatra estava se mostrando relevante nos julgamentos, pois, as suas perícias avaliavam a condição mental e comportamental do infrator,

[9] Enquanto a reflexão em torno da monomania estabelece que um alienado às vezes pode cometer crimes e que existiriam forma mórbidas especialmente criminógenas, a reflexão em torno da degeneração estabelece, por seu lado, que grande parte dos criminosos, por serem criminosos, não deixa de apresentar algum grau de anormalidade psíquica (Carrara, 1998, p. 96-97).

através de novas teorias psicológicas, esses profissionais passaram a questionar a sanidade do periciando, classificando o delito como manifestação e confirmação de uma doença mental.

Com isso, “o exame psiquiátrico possibilita a transferência do ponto de aplicação do castigo, da infração definida pela lei à criminalidade apreciada do ponto de vista psicológico-moral” (Foucault, 2010, p. 16). É importante observar o crescimento desse argumento de autoridade no campo jurídico. Esse é precisamente o caminho que levou o direito criminal à conclusão pela inimputabilidade penal do indivíduo que sofre por doença mental. Assim, se o estado mental do sujeito é questionado, seu livre-arbítrio também o será. Afinal, se suas ações são condicionadas pela doença mental que o aflige, onde estariam os pressupostos para uma responsabilização penal clássica? Historicamente, o crime sempre se opôs à loucura, mas com essa mudança de perspectiva algo deveria ser ajustado nos campos teórico e prático (Carrara, 1998, p. 28).

Essas teorias contribuíram para a criação do manicômio judiciário para onde os "loucos criminosos" seriam destinados. Esses manicômios judiciários acolhem os doentes mentais que infringiram a lei e os tratam com medicação especializada. Em 1903, a lei especial para a organização da assistência médico legal a alienados no Distrito Federal, modelo para a organização desses serviços nos diversos estados da União (Dec. 1132 de 22/12/1903), estabeleceu que cada estado deveria reunir recursos para a construção de manicômios judiciários. O primeiro manicômio judiciário no Brasil surgiu no Rio de Janeiro em 1920, inaugurado em 1921 (Decreto 14831 de 25/05/1921), a sua direção era do médico psiquiatra Heitor Pereira Carrilho, que chefiava até então a Seção Lombroso do Hospício Nacional de Alienados, a instituição passou a se chamar Manicômio Judiciário Heitor Pereira Carrilho em 1950, e em 1956 em razão das reformas da legislação penal brasileira o nome dessas unidades passou a ser Hospitais Psiquiátricos, Manicômio Judiciário Heitor Pereira Carilho alterou o nome para Hospital Psiquiátrico Heitor Pereira Carilho.

> Os manicômios judiciários são instituições complexas, que conseguem articular, de um lado, duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas - o asilo de alienados e a prisão - e, de outro, dois dos fantasmas mais trágicos que “perseguem” a todos: o criminoso e o louco (Carrara, 2010, p. 17).

Conforme elucidado anteriormente, os estabelecimentos criados no país até o final do século XIX tinham como finalidade internar os doentes mentais, com o objetivo maior de "afastá-los da sociedade do que realmente tratá-los e minorar seu sofrimento” (Ribeiro, 1999, p. 20). As internações eram assunto de interesse público, permanecendo assim até o início do

século XX, quando uma simples ordem policial era suficiente para autorizá-las (Figueiredo, 1988). A internação dos usuários que se encontravam nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico era de um tempo equivalente a pena que receberia caso não fossem inimputáveis, o que fez os internos se intitularem de "presos" e não de pacientes, sendo que o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico deveria ser um lugar de cuidado e tratamento dessas pessoas.

Os indivíduos eram encaminhados às casas de saúde, aos hospícios e às prisões sem nenhum preceito legal que disciplinasse o referido ato de sequestro, a conservação, o respeito ao patrimônio dos doentes, dentro dos princípios de direito e justiça (Corrêa, 1999, p. 94). Não existia no final do século XIX no país, uma lei específica de proteção às pessoas com transtornos mentais, o que dificultava a garantia de direitos e prevalência da dignidade humana a essas pessoas.

Em 1940 com a promulgação do Código Penal pelo presidente Getúlio Vargas, não se adaptou a distinção entre a inimputabilidade moral e penal. Sendo assim, a responsabilidade moral continuava influenciando na responsabilidade penal. Para a determinação da imputabilidade do criminoso, adotava o critério biopsicológico, numa tentativa de evitar, no combate ao crime, o arbítrio do médico e o do juiz (Silva, 1942).

No Título III, da responsabilidade, da Parte Geral do Código Penal de 1940, trazia em seu escopo o seguinte enunciado: “Irresponsáveis - Art. 22. 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 criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”.

Na realidade brasileira, para que o doente mental fosse considerado inimputável, considerava-se "o período ou grau de evolução da doença ou deficiência mental, da estrutura psíquica do indivíduo e da natureza do crime". Assim, para que houvesse a isenção da pena, não bastava que fosse constatada a existência de doença mental, seria necessário que a doença mental retirasse do indivíduo a capacidade de entender o caráter ilícito do fato (Peres, 1997).

O Código Penal reforçava a segregação, ou seja, existe uma impressão falsa no que tange aos considerados inimputáveis ficarem livres de quaisquer tipos de punição, uma vez que eram designados aos manicômios judiciários. “Art. 91. O agente isento de pena, nos termos do art. 22, é internado em manicômio judiciário”. E mais, trazia consigo uma inovação: as chamadas medidas de segurança (Art. 88), fundada na avaliação do grau de periculosidade do acusado, que segundo os legisladores da época não apresentavam o caráter de retribuição que se verifica na pena, mas sim assegurar o controle social, devido à condição

de periculosidade social ou, ainda, às possibilidades de voltar a cometer outro crime (Mantovani, 2005; Scarpa, 2007).

A Lei nº 7.209 de 11 de julho de 1984 realiza algumas mudanças no Código Penal de 1940, inserindo a medida de segurança, a qual é relacionada à periculosidade quanto a incapacidade do agente que cometeu um delito, sendo está direcionada apenas aos inimputáveis. Além disso, a mencionada Lei instituiu a Lei de Execução Penal, em que o juiz fica encarregado de analisar se de fato houve a cessação da periculosidade da pessoa submetida à medida de segurança. Ressalte-se que compete ao juiz decidir pela imputabilidade ou inimputabilidade da pessoa acusada, não cabendo tal decisão ao médico perito que elabora o laudo psiquiátrico, tendo este apenas a tarefa de concluir ou diagnosticar a tal respeito, nunca decidindo em tal sentido (Alves, 2001).

O juiz não é obrigado a seguir as conclusões do laudo ou perícia psiquiátrica de acordo com o artigo 182 do Código de Processo Penal (CPP). É o chamado livre convencimento do juiz: ele não fica vinculado ao laudo pericial apresentado, podendo apreciar livremente o conjunto probatório, na formação da sua convicção (Alves, 2001).

Ainda de acordo com Jorge (1997), o macro-hospital psiquiátrico, assim estruturado, atende mais aos anseios imediatos, ora das famílias, desorientadas frente à existência de ‘episódios’ psicopatológicos e conflituosos, ora da sociedade, que tende a excluir e asilar os indivíduos quando se tornam improdutivos e inadaptados. As justificativas da internação continuavam a serem apontadas como mecanismos de exclusão e asilamento dos indivíduos improdutivos e inadaptados, impostos pela sociedade.

Em 1987 criou-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental para uma “Sociedade sem Manicômios”, onde se buscava o debate e a possibilidade de adoção de experiências de desinstitucionalização. Com esse movimento o Estado foi pressionado pelas lutas e reivindicações no que se refere ao modelo manicomial presente no país e em 2001 houve o marco da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com a Lei 10.216/2001, com a adoção do território como conceito organizador da atenção, a contínua expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades – CAPS I, II, III, CAPSad e CAPSi – ampliando o acesso e a interiorização de serviços em todo o Brasil; a redução significativa do número de leitos e de hospitais psiquiátricos; a criação do Programa de Volta para Casa, com o auxílio-reabilitação psicossocial instituído pela Lei 10.708/2003; e a reversão, desde 2006, dos recursos financeiros, anteriormente destinados quase exclusivamente à assistência hospitalar (Angelo, 2015).

No entanto, apenas em 2023 com a Res. 487 que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico seriam fechados cumprindo o disposto da Reforma Psiquiátrica, e redirecionando o modelo manicomial em assistencial em saúde mental no âmbito do sistema de justiça.

3.2 Política Antimanicomial do Poder Judiciário e a construção da EAP

Segundo o Manual de Política Antimanicomial do Poder Judiciário: Resolução CNJ n. 487 de 2023, na interface entre sistema prisional e política de saúde mental, é somente em 2014, com a publicação da Portaria Interministerial n. 1, de 2 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), política criada no governo Dilma II, que se estruturam ações psicossociais sob a perspectiva das redes de atenção à saúde. Nesse sentido, isso se deu a partir da inclusão de profissionais com formação em saúde mental na modalidade mais qualificada da equipe de atenção básica, incumbida das estratégias gerais de atenção à saúde dessa população no âmbito da PNAISP.

> A Portaria GM/MS n.94/2014, instituiu o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), cria uma equipe denominada EAP. Esta equipe atua na tessitura existente entre as agências judiciais, de responsabilização e internação por medida de segurança e políticas sociais, desde a fase processual de conhecimento até o final da execução de eventual reprimenda imposta pelo Poder Judiciário. Essas normas administrativas são as mais relevantes para a compreensão e ativação de estratégias de atenção psicossocial junto à população em conflito com a lei (Manual da Política Antimanicomial, 2023, p. 30).

Ademais, com a saída de usuários do HCTPs, as ações de desinstitucionalização também vão requerer a atuação junto às equipes interdisciplinares e conectoras como a EAP que é criada para que esses sujeitos voltem para o território de forma segura e sejam acompanhados por uma equipe técnica especializada, essa equipe atua como conectora entre o sistema de justiça e as políticas públicas.

O art. 96 da Portaria GM/MS nº 4.876, de 18 de julho de 2024 cita que é beneficiário das ações e serviços da EAP-Desinst aquele que apresenta transtorno mental,

preferencialmente, em casos graves ou persistentes, e que esteja em conflito com a lei, sob as seguintes condições:

> I- com inquérito policial em curso;
> II- sob custódia da justiça criminal;
> III- com processo criminal e em cumprimento de pena privativa de liberdade ou prisão provisória ou respondendo em liberdade, desde que tenha o incidente de insanidade mental[10] instaurado;
> IV- em cumprimento de sanção penal de medida de segurança;
> V- sob liberação condicional da medida de segurança; ou
> VI- com medida de segurança extinta e necessidade expressa pela justiça criminal ou pelo SUS (Brasil, portaria GM/MS Nº 4.876, 2024, p. 1).

De acordo com art. 100 da Portaria GM/MS nº 4.876, de 18 de julho de 2024 a EAP-Desinst deve cumprir carga horária semanal mínima de 30 (trinta) horas e ser composta por no mínimo:

> I-1 (um) médico psiquiatra ou com experiência em saúde mental;
> II-1 (um) enfermeiro;
> III-1 (um) psicólogo;
> IV-1 (um) assistente social; e
> V-1 (um) profissional com formação em ciências humanas, sociais ou da saúde (Brasil, portaria GM/MS Nº 4.876, 2024, p. 3).

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

> I- a singularização do atendimento e facilitar o acesso a serviços públicos de assistência, saúde, educação, renda, trabalho, habitação, lazer e cultura;
> [...]
> VI– o acolhimento e acompanhamento das pessoas egressas por equipes multidisciplinares, responsáveis pela articulação das redes de políticas sociais, estando integrado a redes amplas de atendimento, assistência social e saúde.” (Brasil, Resolução Nº 307, 2019, p. 4).

As EAPs são equipes financiadas pelo Ministério da Saúde, por meio de repasse orçamentário fundo a fundo, que se estruturam nas respectivas Secretarias Estaduais de

[10] É o ato jurídico que, quando instaurado, determina a avaliação quanto a presença de transtorno mental e a existência de nexo de causalidade entre a condição de saúde do réu e o crime cometido. No Rio de Janeiro, a maioria dos exames é realizada pelo Instituto de Perícia Heitor Carrilho. Portanto, é avaliado se o sujeito tem a compreensão de que o ato cometido se enquadra como infração penal e, também, se tinha condições de deliberar sobre o ato cometido. De acordo com o resultado da avaliação, o juiz decide se o sujeito será entendido como imputável, inimputável ou semi-imputável.

Saúde e realizam o alinhamento das práticas em saúde, socioassistenciais e judiciais. Segundo o art. 4º da Portaria GM/MS n. 94/2014, a EAP tem por atribuições:

> I- realizar avaliações diagnósticas e apresentar proposições fundamentadas na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e nos princípios da RAPS, orientando a adoção de ações terapêuticas, preferencialmente de base comunitária, a serem implementadas segundo um Projeto Terapêutico Singular- PTS;
> II- subsidiar os serviços de referência das redes SUS e SUAS na elaboração do PTS, envolvendo, sempre que possível, a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e suas referências familiares e comunitárias, visando à construção de corresponsabilização no cuidado e ao estabelecimento de condutas terapêuticas articuladas em rede;
> III- identificar programas e serviços do SUS e SUAS e de direitos de cidadania necessários para a atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e para a garantia da efetividade do PTS;
> IV- estabelecer articulação com gestores e equipes de serviços do SUS e SUAS e de direitos de cidadania para viabilização do acesso e da corresponsabilização pelos cuidados da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei;
> V- contribuir para a ampliação do acesso a serviços e ações de saúde, em consonância com a justiça criminal;
> VI- acompanhar a execução da medida terapêutica, atuando como conector entre os órgãos de justiça e as equipes de saúde em estabelecimentos penais e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania, garantindo a oferta de acompanhamento integral, resolutivo e contínuo;
> VII apoiar a capacitação dos profissionais atuantes nas políticas públicas afetas ao tema para orientação acerca de diretrizes, conceitos e métodos para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito - com a lei;
> VIII- contribuir para o processo de desinstitucionalização de pessoas que cumprem medida de segurança ou com transtorno mental em conflito com a lei em instituições penais ou hospitais de custódia, articulando-se às equipes de saúde desses estabelecimentos, quando houver; e
> IX- Informar à referência técnica designada pelo município habilitado no Programa De Volta Para Casa, de que trata a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, sobre o destino da pessoa que foi desinternada ou recebeu alvará de soltura de hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e encaminhar a documentação, nos casos elegíveis, para o recebimento do auxílio à reabilitação psicossocial (Brasil, Portaria GM/MS Nº 4.876, 2024, p. 1- 2).

As ações da equipe da EAP são realizadas por meio da interdisciplinaridade, justamente para compreender a situação dessas pessoas a partir da totalidade, assim realizando os devidos encaminhamentos por meio da Rede de Atenção Psicossocial e de outras políticas sociais que se fizerem necessárias de forma qualificada, uma vez que compreender as relações sociais, questões sociais relacionadas à saúde, moradia, rede familiar etc. desses(as) usuários(as) exige domínio teórico, ético e político das(os) profissionais que estão realizando a avaliação e acompanhamento dessas pessoas no âmbito do sistema de justiça

Conforme art. 98 da Portaria GM/MS Nº 4.876, de 18 de julho de 2024 a atuação da EAP-Desinst poderá ser solicitada:

> I- Pela coordenação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional - PNAISP, nos âmbitos estadual ou municipal;
> II- Pela equipe de saúde no sistema prisional;
> III- Por determinação judicial;
> IV- Por requerimento apresentado pelo Ministério Público ou representante da pessoa beneficiária;
> V- Por iniciativa dos serviços de referência para realização do PTS ou da própria EAP-Desinst, desde que previamente cientificado as instâncias responsáveis pela custódia ou pela medida terapêutica destinada à pessoa a ser avaliada e com a devida comunicação à coordenação da RAPS, nos âmbitos estadual ou municipal (Brasil Portaria GM/MS Nº 4.876, 2024, p. 2-3).

As Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em conflito com a Lei segundo o Quadro 1 da Portaria GM/MS Nº 4.876, de 18 de Julho de 2024, estão implementadas apenas em 05 Estados, ou seja, 21 Estados estão sem esse serviço no Brasil. Cabe esclarecer que o anexo do Ministério da Saúde traz apenas os Estados que têm a equipe cadastrada, esse cadastro apenas só é possível se a equipe estiver completa com todos os profissionais que são necessários perante a Resolução do CNJ. Desse modo, é importante esclarecer que alguns Estados brasileiros têm a EAP, porém pela ausência de alguns profissionais essa equipe não está cadastrada no como estabelecimento de saúde de acordo com o Ministério da Saúde.

Quadro 1 - Serviços da EAP no Brasil

Nº	UF	MUNICÍPIO	CÓD. IBGE	INE	GESTÃO	SUBTIPO	CNES
1	MA	SÃO LUÍS	211130	0001549014	ESTADUAL	EAP	6064647
2	PA	BELÉM	150140	0001584650	ESTADUAL	EAP	3236609
3	PE	RECIFE	261160	0001596950	ESTADUAL	EAP	6471188
4	PI	TERESINA	221100	0001548743	ESTADUAL	EAP	6300049
5	PI	TERESINA	221100	0001548751	ESTADUAL	EAP	6300049

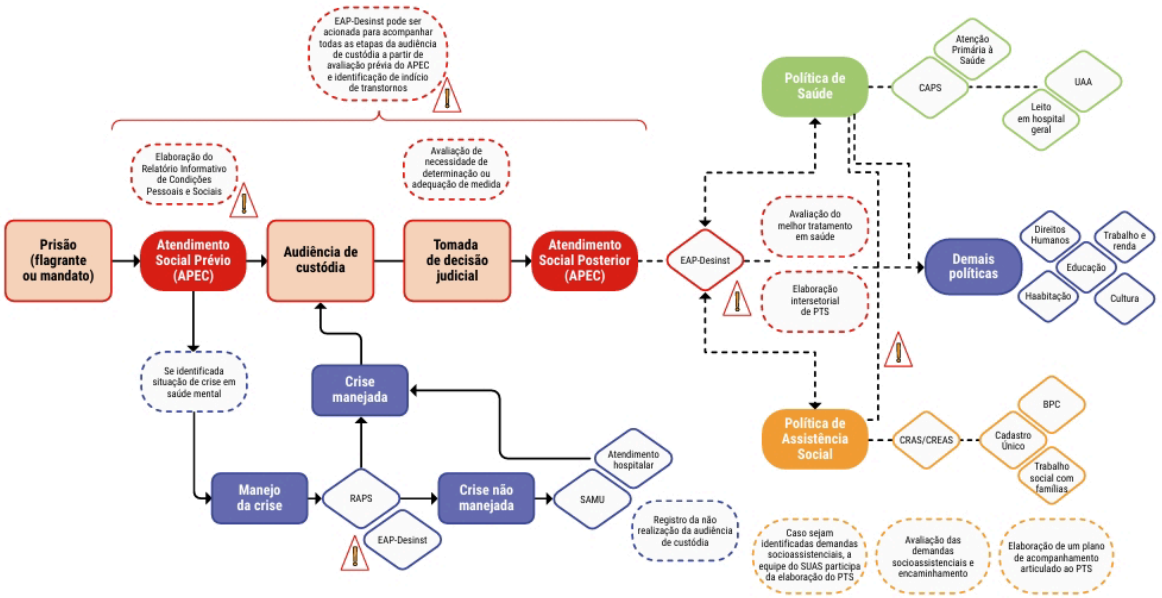
Fonte: Brasil, portaria GM/MS Nº 4.876, 2024, p. 5.

Analisando os Estados em que as EAP estão implementadas, verifica-se que em todas as equipes, a gestão é estadual, cumprindo com o que é disposto no art. 99, da referida portaria em que cita *"A EAP-Desinst realizará um trabalho integrado com a área de atenção psicossocial da respectiva gestão estadual ou distrital"*.

O Protocolo Interinstitucional da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, apresenta o fluxo para a implementação da política, a partir da Lei 10.216/2001 e da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. O CNJ, Ministérios, Secretarias que compõem o Comitê Nacional Interinstitucional de Implementação e Monitoramento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário em interface com as Políticas Sociais (CONIMPA) trabalharam de modo intersetorial para garantir direitos às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei em todas as fases do ciclo penal.

Nesse contexto, o fluxo apresentado é um modelo ideal organizado com base nas normatizações que promulgam as políticas públicas, tanto as judiciárias, quanto de saúde e assistência social. Entretanto, a efetivação desse fluxo é uma das dificuldades apresentadas pelos Estados brasileiros justamente pela ausência de estrutura nas redes de serviços das políticas sociais, ou seja, de equipamentos e de equipe profissional qualificada para atender as demandas e requisições desses(as) usuários(as) com transtornos mentais em conflito com a Lei. No ensejo, conforme as seções anteriores deste trabalho de conclusão de curso se compreende que esses desafios da implementação de um fluxo da audiência de custódia para sujeitos considerados semi-imputáveis e inimputáveis de acordo com a política antimanicomial é histórico, devido ao processo neoliberal e ultra neoliberal que focaliza/fragmenta os serviços públicos e investe no setor filantrópico, assim, as políticas públicas estão fragilizadas e não conseguem atender as demandas da população. Diante disso, a Política Nacional de Saúde Mental está em processo de reestruturação a partir de investimentos do Governo Lula III, com a criação de novos CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos e etc, porém essa reestruturação é um processo lento e gradual.

Imagem 1 - Fluxograma da audiência de custódia[11]



Fonte: Protocolo Interinstitucional da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, 2024, p. 51.

A Resolução CNJ nº 213/2015 respalda que desde a porta de entrada do Sistema de Justiça Criminal são necessárias medidas para implementar a Política Antimanicomial que se dá por meio das audiências de custódia, quando o usuário em flagrante delito se apresenta à autoridade judicial, independente da motivação ou natureza do ato, do flagrante delito ou do cumprimento de ordem de prisão, o sujeito tem direito ao atendimento pré-audiência por meio do Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada (APEC) ou de outra equipe multiprofissional que trabalhe com objetivo de reunir informações para verificar as necessidades do sujeito que está em situação de custódia, demandas voltadas a saúde mental, situações de crise psicóticas, bem como o atendimento pós-audiência em que vise conexão com os demais serviços das políticas públicas, a depender da decisão do magistrado.

Além disso, quando for identificada pessoa com transtorno mental ou qualquer deficiência psicossocial nas audiências de custódia, a equipe avaliará a necessidade de adequação da prisão para garantir o melhor tratamento de saúde que condiz com cada caso. No Estado, caso não exista o serviço da APEC, deve ser acionado outras equipes multiprofissionais como a EAP-Desinst, ou profissionais da RAPS do território (UBS,

[11] Protocolo Interinstitucional da Política Antimanicomial do Poder Judiciário elaborado pelo Conselho Nacional de Justiça, fluxograma da audiência de custódia comentado. https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2024/10/minuta-protocolo-interinstitucional-v6-2024-10-04.pdf

CAPS..), a partir de fluxos pré-estabelecidos no âmbito do Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário (CEIMPA).

A APEC quando constatar a crise em saúde mental realizará o encaminhamento para manejo da crise através da RAPS, para que se resguarde o direito à apresentação judicial. Em casos da inexistência dos serviços a pessoa custodiada deverá ser encaminhada para o serviço de urgência e emergência no território, a condução do transporte não poderá ser por meio de viatura ou a utilização de algemas e outros instrumentos de contenção que não aqueles parametrizados por profissionais da saúde.

Logo após o atendimento prévio e o manejo da crise, acontecerá a entrevista prévia sigilosa com a Defensoria Pública ou a defesa técnica constituída, cabe assim à autoridade competente realizar a audiência de custódia. Ademais, com a entrevista será analisada a legalidade da prisão em flagrante e as providências referentes a indícios de torturas ou maus-tratos, bem como a avaliação da necessidade e da adequação de medida cautelar. O encaminhamento voluntário a RAPS, conforme porta de entrada da Rede estabelecida em fluxo local e articulado pela EAP é acompanhado pela equipe quando houver instauração de processo criminal. Na inexistência da EAP, outras equipes multidisciplinares de saúde farão a ponte entre o Sistema de Justiça, a Rede SUS e as demais políticas setoriais a partir da decisão da autoridade judicial na garantia do direito à saúde.

A RAPS é formada por vários componentes de vários níveis sendo, a atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. No território nacional existem pontos da RAPS ao menos vinculados a Unidade Básica de Saúde, nos municípios com menos de 20 mil habitantes geralmente não existe CAPS, e a UBS será referenciada a atenção à saúde mental, justamente por isso os parâmetros de protocolo guiam-se pela referência do fluxo local estabelecido do território.

A elaboração de um Projeto Terapêutico Singular é essencial na construção do cuidado em liberdade nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, esse projeto é proposto pelo serviço especializado de referência para o protagonismo do sujeito e suas necessidades sociais. Vale mencionar que a construção desse projeto é coletiva junto com a rede, sujeito e família, que mesmo estando sob a responsabilidade da política de saúde deve contar com outras políticas como a assistência social.

As pessoas com transtornos mentais podem ser incluídas nos serviços da Política Nacional de Assistência Social, em seus níveis de proteção social (básica e especial), a depender do caso e o fluxo estabelecido pelo município de origem do sujeito, mas levando-se

em contrapartida a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais com base em suas modalidades, objetivos e públicos.

O referenciamento do Poder Judiciário e a EAP na Política de Assistência Social, com o viés de garantir o que está sendo proposto pelo PTS a fim de assegurar os direitos sociais do(a) cidadão(ã) deverá ser o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) ou o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), em consonância com o fluxo local, com preferência no território de residência da pessoa com transtorno mental.

> Devem ser estabelecidos os protocolos e os fluxos no âmbito local entre o Sistema Único de Assistência Social, o Sistema Único de Saúde, os órgãos do Sistema de Justiça e órgãos das demais políticas públicas, respeitando-se as atribuições específicas de cada política, e considerando as redes e a capacidades locais instaladas, a partir das diretrizes e princípios nacionais, visando a efetiva proteção integral às pessoas em sofrimento e/ou com transtorno mental (Protocolo Interinstitucional da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, 2024, p. 54).

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e suas equipes após serem referenciadas continuarão a prestar assistência ao sujeito, nesse processo por intermédio da acolhida e identificação das demandas para inclusão em serviços e benefícios, e fazer outros encaminhamentos. É válido ressaltar que os serviços de acolhimento institucional da Assistência Social, os chamados "Abrigos", não oferecem apoio terapêutico, visto que não detém estrutura e equipe técnica especializada para o acompanhamento de pessoas com transtornos mentais. Posto isso, os serviços que demandam cuidados prolongados e intensos em saúde mental fazem parte da assistência especializada em saúde, que são os Serviços Residências Terapêuticos do SUS.

> Nas situações em que seja possível a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a Política de Assistência Social, por meio dos serviços que realizam o trabalho social com territórios, famílias e indivíduos, deve estabelecer estratégias particularizadas e coletivas para apoiar as famílias no desenvolvimento de sua função protetiva. A Política de Saúde também tem grande participação nesse processo de apoio às famílias, especialmente no manejo diário em relação aos cuidados em saúde mental, orientações a familiares, encaminhamentos, bem como no cuidado com as próprias pessoas cuidadoras familiares, que também precisam ser fortalecidas, orientadas e cuidadas em sua saúde mental (Protocolo Interinstitucional da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, 2024, p. 55).

A(O) assistente social é um dos(as) profissionais que compõe a EAP, enquanto trabalhador(a) na execução das políticas sociais no bojo da questão social e suas múltiplas expressões, além das relações sociais entre o sujeito, família e comunidade, esse(a)

profissional é um(a) importante mediador(a) entre os interesses da população que demandam suas necessidades e os interesses do Estado, acolhendo com dignidade esses sujeitos e viabilizando a acesso a direitos sociais estabelecidos pelas políticas públicas.

Dentre os primeiros estados brasileiros a implementar a EAP no sistema de justiça cumprindo o disposto da Resolução 487 do CNJ que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário brasileiro, Sergipe é um deles. Desse modo, é relevante compreender o trabalho da EAP frente a desinstitucionalização em alguns estados do Brasil, além de analisar a atuação da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa Com Transtorno Mental em Conflito com a Lei em Sergipe, o exercício profissional da(o) assistente social na EAP/SE, como também investigar as práticas terapêuticas no Serviço Social, e quais as possibilidades que as(os) assistentes sociais podem contribuir na elaboração do Projeto Terapêutico Singular para potencializar a desinstitucionalização, assim realizando um trabalho que atravesse as aparências e contribua para a transformação societária, cumprindo o disposto de um dos princípios do Código de Ética Profissional "Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero" (Código de Ética Profissional, 1993).

4 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO ATRAVÉS DO TRABALHO DA EAP

Essa seção discute como é o processo de desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais que estão em conflito com a lei a partir das medidas terapêuticas que são aplicadas aos semi-imputáveis e aos inimputáveis no sistema de justiça. Ademais, é analisado a implementação das Equipes de Avaliação e Acompanhamento às Pessoas com Transtornos Mentais em Conflito com a lei nos estados do Mato Grosso e Piauí, essas análises foram feitas com base em artigo e trabalho de conclusão de curso que explicam e esclarecem esse processo de implementação das EAPs e a de sua importância no sistema de justiça para reinserir esses sujeitos estigmatizados à comunidade e as suas famílias, contribuindo para a desinstitucionalização.

Nesse contexto, compreende-se também a criação da EAP em Sergipe e sua atuação no Estado, os dados disponibilizados pela EAP/SE sobre o perfil das pessoas acompanhadas pela equipe, e como é o trabalho do Serviço Social nessa equipe e os dados da EAP sobre as profissionais que fazem parte da equipe. É feita análise sobre como o projeto terapêutico singular é utilizado pela EAP para construir possibilidades de cuidado a essas pessoas que estão sendo acompanhadas. No ensejo, é feita discussão sobre como o Conselho Federal de Serviço Social visualiza as práticas terapêuticas no Serviço Social, uma vez que as(os) assistentes sociais desempenham papel na construção do Projeto Terapêutico Singular como estratégia de desinstitucionalização, é abordado a relevância desse projeto no fortalecimento dos vínculos familiares, comunitários e sociais, e da Rede de Atenção Psicossocial quanto ao cuidado no território.

4.1 As medidas terapêuticas de base comunitária no processo de desinstitucionalização

Winkler *et al.* (2016) destacam que acompanhar pessoas com transtornos mentais que estão em conflito com a lei pode ajudar a reduzir a reincidência criminal e outros problemas, como a falta de moradia e o acesso a serviços públicos.

No Brasil, programas como o Projeto de Acompanhamento Interdisciplinar ao paciente Judiciário (PAI-PJ) e Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) estão alinhados

com a Rede de Atenção Psicossocial e os princípios do SUS, mostrando resultados positivos na melhoria das condições de saúde mental e na inclusão social desses indivíduos. O PAI-PJ foi criado no Estado de Minas Gerais em 2000 e se transformou em programa em 2001, sendo um elo entre a justiça e a saúde pública. Com a criação desse programa surgiu também o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, implementado no Estado de Goiás posteriormente. Os referidos programas iniciam com o acompanhamento no início do processo criminal e continua até que o paciente se reintegre à família e à comunidade, com uma abordagem individualizada que considera a totalidade do sujeito. A atuação interdisciplinar dos programas também tem ajudado a combater estigmas e percepções sobre a periculosidade de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, promovendo uma maior igualdade com os demais cidadãos.

A atenção à saúde mental não é um desafio apenas para o Brasil, mas sim a nível global, e diversos países como França, Suíça, Itália, Inglaterra e Canadá têm mudado seus modelos, priorizando tratamentos que favorecem a reintegração social. No Canadá, um movimento humanitário nos anos 60 levou a mudanças significativas nos hospitais psiquiátricos, como a transição para menores hospitais e a inclusão de serviços comunitários (Campos *et al*., 2019; Rivest, 2019). No entanto, essas mudanças não rompem com o sistema macrossocietário do capitalismo, e outros sistemas de opressão e dominação como o patriarcalismo, o racismo e etc. que estão presentes na sociedade e segregam grupos socialmente discriminados.

No entanto, como no Brasil, a implementação de programas para atender às complexas necessidades das pessoas com transtornos mentais tem sido lenta, levando a problemas como a judicialização. A inclusão do Serviço Social pode ajudar em uma perspectiva transformadora nessas questões de saúde de forma mais integrada, visto que as questões de cunho social impactam nos condicionantes e determinantes de saúde.

No Brasil, além dos programas PAI-PJ e PAILI, existem as Medidas Terapêuticas de base comunitária, como as iniciadas pela EAP, que busca substituir medidas de segurança prisional por ações terapêuticas voltadas para a reabilitação dos pacientes. A EAP atua na intersecção da justiça e da saúde pública, avaliando e acompanhando individualmente as necessidades dos cidadãos atingidos.

Em Mato Grosso, a necessidade de atender pessoas que cumprem medidas de segurança levou à criação da EAP em 2016, através de uma parceria entre a Secretaria de Justiça e a Secretaria de Saúde a partir do termo de cooperação técnica nº 0402-2016/SES/SEJUDH. No entanto, o termo de cooperação para essa iniciativa expirou

em 2018 e, atualmente, a gestão está sob responsabilidade da Secretaria de Segurança Pública, em colaboração com o Tribunal de Justiça. A equipe é composta por diversos profissionais de saúde, como psicólogos e assistentes sociais, que têm a tarefa de avaliar e acompanhar pessoas em internação e em regime ambulatorial, além de conectar esses indivíduos com serviços de saúde e assistência social (Oliveira; Rondon, 2023, p. 09).

A EAP no Mato Grosso, que começou com uma equipe pequena em 2016, tem enfrentado desafios para se estruturar e se institucionalizar. A equipe opera a partir do Fórum de Cuiabá e realiza visitas domiciliares em vários municípios, embora tenha suspendido essas viagens desde maio de 2022. O Hospital Adauto Botelho, inaugurado em 1957, foi transformado em um centro de assistência psicossocial em 1993 e, em 2003, uma unidade foi criada dentro da prisão para cuidar de pessoas com transtornos mentais. Esta unidade foi desativada em 2020, alinhando-se às novas diretrizes de saúde mental.

O Centro Integrado de Assistência Psicossocial (CIAPS) Adauto Botelho tem capacidade para internar 11 pacientes, sendo 9 homens e 2 mulheres (Oliveira; Rondon, 2023, p. 12). A relação entre saúde mental e família está mudando, pois a família é vista como um elemento importante no tratamento. Apesar disso, a inclusão da família no cuidado ainda apresenta desafios e a EAP no Mato Grosso identificou várias barreiras à desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais em conflito com a Lei.

Entre esses obstáculos estão a lentidão na estruturação da EAP, a falta de um regulamento formal, a ausência de uma equipe completa de profissionais, uma vez que apenas tem assistente social e psicólogo na equipe técnica e a Portaria Nº 4.876, de 18 de Julho de 2024 no art. 100 traz que a EAP deve ser composta também por um médico psiquiatra ou com experiência em saúde mental, enfermeiro(a) e profissional com formação em ciências humanas, sociais ou da saúde, e lacunas na rede de atenção psicossocial do município. Por outro lado, a EAP possui um banco de dados com 275 casos cadastrados, dos quais 171 estavam ativos, com 12 pacientes internados (Oliveira; Rondon, 2023, p. 14).

A EAP tem gerado resultados positivos, como a redução da lista de espera por vagas. Em 2021 e 2022, portarias foram publicadas para facilitar o fluxo de atendimento às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. A interação com equipes de outros estados e a adoção de metodologias compartilhadas podem ajudar a melhorar o atendimento e a eficiência da EAP. Entretanto, é importante mencionar que para a eficiência do trabalho dessa equipe é preciso de uma rede de serviços que tenham qualidade, e essa qualidade é fomentada por investimentos tanto a nível federal, união, estadual e municipal nas políticas

públicas, seja na saúde mental quanto na assistência social e outras políticas sociais que são essenciais para a qualidade de vida da população que utiliza os serviços públicos.

No Projeto de Intervenção[12] das discentes Larissa Cristhiane Oliveira Rondon e Simone Ribeiro de Oliveira como Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do estado de Mato Grosso, são apresentados dois casos de pessoas que receberam suporte da Equipe de Acompanhamento Psicossocial (EAP), após passarem longos períodos internados em unidades prisionais e no CIAPS Adauto Botelho. Ambos os casos são considerados bem-sucedidos, pois esses cidadãos foram acolhidos pela rede de atenção psicossocial e pela família, após a intervenção da EAP.

A primeira pessoa, encaminhada à EAP em janeiro de 2017, tinha um histórico de internações e problemas relacionados ao uso de drogas, além de delitos de roubo e furto. Após avaliação, ele recebeu alta em maio de 2017 e passou a viver com sua mãe, que foi nomeada como responsável. A EAP continuou a dar apoio, embora frequentemente enfrentasse dificuldades para realizar visitas domiciliares. Após o falecimento da genitora em julho de 2017, o cidadão passou a estar em situação de rua e a usar substâncias psicoativas novamente. Em julho de 2018, seu irmão conseguiu interná-lo em uma clínica, porém a clínica fechou no ano seguinte. Ele foi preso novamente em junho de 2020 e, em 2021, teve uma nova internação. Em maio de 2022, recebeu alta e voltou a viver com seu pai, sendo encaminhado para tratamento no CAPS de sua cidade, onde está se reabilitando e mantendo contato com a EAP.

O segundo foi acolhido em 2016, após ter vivido em condições problemáticas com a família. Ele passou por um processo gradual de transição para a convivência social e foi desinternado, vivendo em uma residência terapêutica. A EAP acompanhou sua evolução e, em 2022, recomendou uma perícia para extinção da medida de segurança[13], o que foi aceito pelo juiz. O acompanhamento da EAP foi encerrado, destacando a importância de regulamentar a equipe para melhorar o suporte no processo de desinternação.

No Estado do Piauí, o processo de desinstitucionalização se inicia em 2004, com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um verdadeiro atraso em relação a implementação

[12] No projeto de intervenção das discentes como trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso não contém dados relacionados ao perfil étnico racial das pessoas acompanhadas pela EAP/MT, essa ausência dessas informações é uma lacuna para compreender os atravessamentos históricos de sistemas de dominação, exploração e opressão. Nesse contexto, essa falta de dados é um problema para a sistematização de políticas públicas que atendam as necessidades desses sujeitos, consequentemente, é um desafio para o trabalho de assistentes sociais.

[13] Acontece quando o juiz decreta que o paciente não mais precisa do acompanhamento pela Justiça com relação ao ato cometido. Nesse momento, o cuidado segue em curso com a RAPS e suas diretrizes, findando a necessidade da presença da EAP.

dos serviços de saúde mental, com base na reforma psiquiátrica. Nesse contexto, as EAPs foram cadastradas no Estado em 2014, sendo duas equipes, assim que a portaria nº. 94 de 14/01/2014 foi promulgada. Diante disso, as EAPs trabalhavam com as pessoas com transtornos mentais em conflito com a Lei que estavam no Hospital Areolino de Abreu, após serem interditadas pelo Hospital Valter Alencar - estava como referência como Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (Rosa; Silva, 2020, p. 03).

No cenário do município, apenas os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e o Programa de Volta para Casa fazem parte do eixo da desinstitucionalização, porém esses dois serviços têm propostas diferentes. Os SRTs foram regulamentados pela Portaria 106/2000, justamente para acompanhar as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei que estão em internações nos hospitais psiquiátricos por longos períodos, entre 2 anos ou mais, e que não tem condições de retornar ao convívio familiar, ou seja, que estão sem moradia.

Quando implantados foram desinstitucionalizadas 18 pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei que estavam nos hospitais psiquiátricos do Estado (Rosa, Silva, 2020, p. 15). Foram criadas três residências terapêuticas, divididas entre a zona do centro, norte e sul em 2015, e na zona leste também em subsequência as outras zonas. Desse modo, é válido mencionar que residiam oito pessoas em cada residência, essas pessoas são oriundas do Hospital Areolino de Abreu e do extinto Hospital Penitenciário Valter Alencar. Já no âmbito municipal, contam com duas residências, sendo elas uma em Teresina na zona sul e na cidade de União.

Em relação ao Programa de Volta para Casa, criado pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, é designado a estabelecer uma quantia em forma de benefício segundo a Portaria GM/MS Nº 4.139/2024 no valor de R$755,00 (setecentos e cinquenta e cinco reais) à pessoas com transtorno mental egressas de períodos de longas internações em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia durante o tempo de 1 ano, mas o benefício pode ser renovado caso o sujeito tenha histórico de internação de mais de 2 anos.

No Estado do Piauí, as EAPs se estabelecem com a interdição do Hospital Valter Alencar, que estava anexado à Penitenciária Major César, em 2014, com um serviço de saúde e segurança. Nesse sentido, após o hospital ser vinculado à Secretaria de Justiça do Estado, inspeções foram feitas e descobertas diversas irregularidades. Posto isso, foram realizados relatórios informativos contando a situação desse hospital, esse relatório foi enviado ao Ministério Público justamente para solicitar a interdição. Com isso, o poder público do estado do Piauí foi provocado por tensões da sociedade civil por meio dos órgãos de defesa

de direitos para o processo de transinstitucionalização, retirando as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei dessa unidade para o Hospital Areolino de Abreu.

Em 2014 foram transferidas 23 pessoas, o que trouxe algumas implicações relacionadas ao superlotamento de leitos no Hospital Areolino de Abreu (Nascimento *et. al*, 2017). Com essa situação aconteceu uma parceria entre a Secretaria de Saúde e de Justiça, TJ/PI, MP, com o objetivo de articular e discutir meios de inserir um modelo de atenção de saúde mental a essas pessoas, com demandas específicas.

As EAPs no Piauí[14], de fato iniciaram no ano de 2015, realizando avaliações biopsicossociais desses pacientes, que estavam no Hospital Valter Alencar e Hospital Areolino de Abreu (Rosa; Silva, 2020, p. 17). Uma das dificuldades para desenvolver o trabalho foi a ausência de dados no sistema penitenciário das demandas, da quantidade de pessoas com transtornos mentais cumprindo medida de segurança, guia de internação etc. Nesse contexto, somente após o levantamento desses dados é que foram construídos relatórios com Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), encaminhados a Secretaria de Saúde, de Justiça e ao Tribunal de Justiça por meio da Vara de Execução Penal[15].

Mesmo com a construção de serviços de residências terapêuticas no Estado, a falta de contratação de profissionais impactou negativamente essa unidade da política de saúde mental, o que dificultou o trabalho das EAPs. Em porcentagem, cerca de 27% das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei tinham perfil para serem inseridas em serviço de residência terapêutica, porém apenas 5% foram de fato inseridas (Rosa; Silva, 2020, p. 21). Diante disso, vê-se a necessidade de urgência do poder público em criar novos serviços residenciais terapêuticos para abranger a necessidade desses sujeitos.

Um dos avanços do trabalho da EAP foi justamente a diminuição de índices de (re)internação, assim trazendo para a sociedade que é possível a reinserção dessas pessoas na sociedade. Essa reinserção social não é imediata, o processo é feito com muito cuidado, e quando a família concorda com o retorno daquela pessoa à rede familiar, é feito um monitoramento e são realizadas articulações com a rede socioassistencial e de saúde mental do território, as principais unidades de referência são os CRAS e CAPS, que também acompanham este cidadão no processo de desinstitucionalização.

---

[14] No estudo desenvolvido pelas autoras Lucia e Sâmia sobre a desinstitucionalização a partir da EAP no Piauí, não contém informações sobre sexo e raça/etnia dos sujeitos que são acompanhados pela equipe no Estado. Dessa forma, essa ausência desses dados impactam o trabalho da equipe para analisar as particularidades desses sujeitos e de propor estratégias para uma intervenção crítica e efetiva, principalmente pela categoria de assistentes sociais conforme o projeto ético político.

[15] A Vara de Execução Penais é a vara que acompanha a execução da pena. No caso de regiões em que não há Vepema, as medidas terapêuticas também serão acompanhadas por essa vara.

Nesse contexto, verifica-se a relevância do trabalho dessa equipe multiprofissional no Piauí, visto que proporcionou um novo olhar às pessoas com transtornos mentais que estão em conflito com a lei. Foi possível verificar que a desinstitucionalização, resultado do Movimento de Reforma Psiquiátrica, é uma estratégia e não um método fixo. Segundo Amarante (1997), é um processo contínuo que busca entender cultural, social e tecnicamente o sofrimento e as diversidades, reinventando formas de lidar com a loucura e o sofrimento humano.

4.2 O trabalho da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) em Sergipe

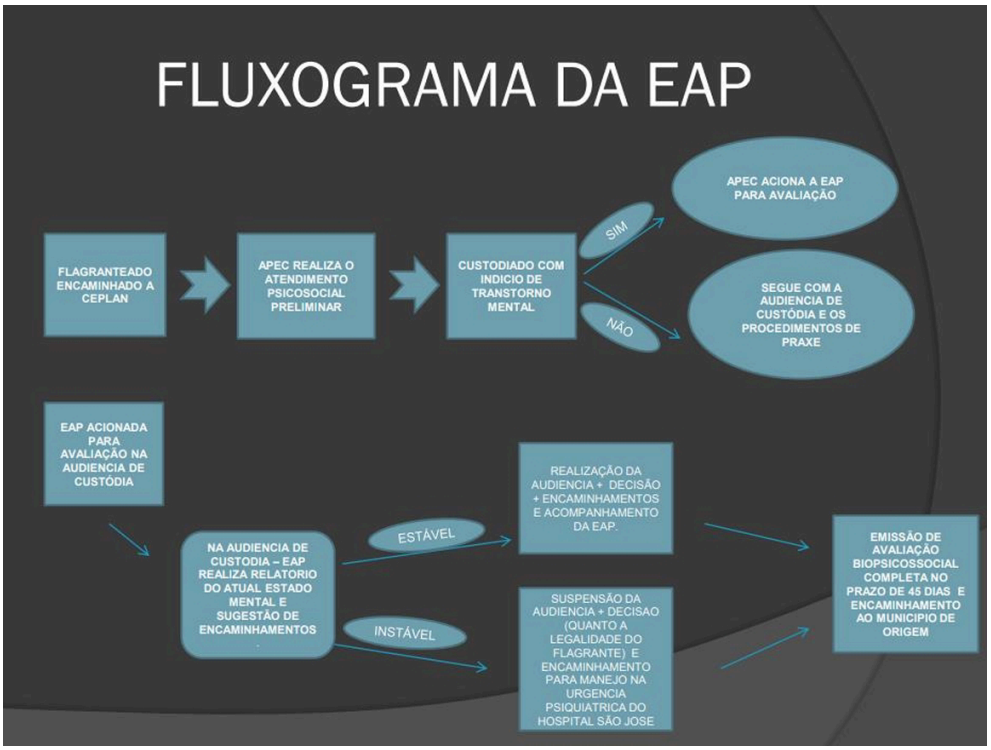
No ano de 2023, foi apresentado como funcionaria a EAP no estado de Sergipe, a médica psiquiatra Maylla Xavier e a coordenadora Natália Coelho da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei ressaltaram que a equipe é composta por quatro assistentes sociais, quatro psicólogas, três enfermeiras e três médicas, informações de 2023.

Segundo o Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário (GMF/TJSE), a EAP foi instituída em 28 de Agosto de 2023 em Sergipe, sendo um dos primeiros estados a cumprir o disposto da política antimanicomial, implementada pela Secretaria de Estado da Saúde para apoio nas audiências de custódia junto à Central de Plantão (Ceplan), bem como no processo de desinstitucionalização dos internados na Unidade de Custódia Psiquiátrica e no acompanhamento das pessoas em tratamento ambulatorial. A EAP foi remanejada no 2º semestre de 2025 para a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, sendo assim não fica mais localizada no Fórum do Gumersindo Bessa.

Diante disso, explicitaram o fluxograma respaldando como funciona esse novo serviço. No ensejo, é importante mencionar que desde 2020, as audiências de custódia do Tribunal de Justiça de Sergipe já usufruem do Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada (Apec), gerido pela Secretaria de Estado da Justiça e Defesa do Consumidor (SEJUC), o qual também faz parte do fluxo previsto na implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, mas se fez necessário a criação da EAP para um trabalho interdisciplinar e que

atendesse da melhor forma as necessidades das pessoas com transtornos mentais que estão em conflito com a Lei no Estado.

Imagem 2 – Fluxograma da EAP em Sergipe



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, 2023.

De acordo com o fluxograma elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, em 2023, quando o flagrante é encaminhado a central de plantão no Fórum Gumersindo Bessa a Apec realiza o atendimento psicossocial preliminar, caso seja constatado que o usuário tem transtorno mental, avaliação feita por médico psiquiatra, a EAP é acionada para acompanhamento na audiência de custódia. Durante a audiência a equipe emite relatório do atual estado de saúde mental e sugestão de encaminhamentos para a Rede de Atenção Psicossocial, em caso do quadro clínico do flagrante ser instável a audiência de custódia é suspensa, sendo assim a pessoa é encaminhada para a urgência psiquiátrica do Hospital São José. Além disso, entre trinta a quarenta e cinco dias é necessária a emissão de uma avaliação biopsicossocial completa feita pela EAP, utilizando os relatórios multiprofissionais da equipe de saúde do equipamento em que o flagrante está em tratamento, com base nas informações prestadas em prontuários do sujeito e em avaliações próprias a EAP subsidiará por meio de documento técnico, relatório multidisciplinar, o magistrado as possibilidades de encaminhamentos ao município de origem do usuário.

A partir desse relatório a EAP entra em contato com o município de origem do(a) custodiado(a) para encaminhá-lo(a) à RAPS com o intuito de o referido cidadão ser inserido nos serviços de saúde mental e receber tratamento de profissionais especialistas, e acompanhamento por uma equipe multidisciplinar de saúde. A rede de serviços é responsável por fornecer informações a EAP se o(a) usuário(a) aderiu ao tratamento no CAPS, se está utilizando os medicamentos corretamente, a frequência a UBS/ESF ou outros serviços de saúde e se os exames de rotina estão sendo realizados periodicamente em até um ano. Todas essas informações a EAP informa ao Poder Judiciário, em caso de descumprimento outra audiência de custódia pode ser realizada e se o(a) usuário(a) estiver novamente em crise e realizando ações que prejudiquem terceiros, este pode ser encaminhado para a urgência psiquiátrica, no Hospital Psiquiátrico Regional de Glória, sendo a última instância de encaminhamento, a EAP atuará subsidiando o magistrado sobre quais as possibilidades de intervenções que podem ser realizadas.

Na UCP/SE a EAP, a rede intersetorial (saúde mental, socioassistencial) e familiar (quando possível), discutem cada situação, inclusive casos onde há riscos de periculosidade podendo incorrer em novos delitos caso o sujeito psiquiátrico em conflito com a lei retorne ao convívio sociofamiliar junto à vítima. O juiz é oficialmente comunicado dos resultados das discussões, apontando alternativas para nova acolhida e continuidade do tratamento visando resguardar os direitos tanto do sujeito psiquiátrico quanto dos familiares.

A juíza-corregedora Brígida Declerck em reunião entre o Judiciário e o Executivo sobre o cumprimento da Política Antimanicomial em Sergipe explicou que:

> “O apoio da Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) tem sido um diferencial aqui em Sergipe, pois tem feito com excelência a conexão entre Poder Judiciário, equipes da Saúde e Assistência Social. Além disso, a participação ativa de todos os envolvidos é o que tem garantido o êxito da implementação da Política Antimanicomial no Estado” (GMF/TJSE, 2024).

Nesse sentido, é notória a importância dessa equipe no trabalho intersetorial, articulando as políticas públicas para atender às necessidades das pessoas com transtornos mentais que estão em conflito com a lei em Sergipe. Em relação ao quantitativo, a EAP acompanha 75 pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei em tratamento ambulatorial e 02 internos no Hospital de Glória, informações publicadas no *site* do Conselho Nacional de Justiça, em 24 de janeiro de 2024.

Na publicação do *site* do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário do Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe (GMF/TJSE), em 23 de julho de 2024, cita a existência do projeto: "Transtorno Mental: a atuação multidisciplinar no pré e pós audiência de custódia", desenvolvido pela EAP no Fórum Gumersindo Bessa, com o apoio do GMF/TJSE para atender os usuários com transtornos mentais nas audiências de custódia.

Esse projeto foi indicado ao prêmio Innovare na categoria "Tribunal" e recebeu visita da consultora do prêmio Leyla Hora em 19 de julho de 2024. "O papel do Innovare é conhecer práticas de sucesso que possam ser replicáveis em outros estados do Brasil. Percebemos, aqui no TJSE, essa vontade do Judiciário de realizar este trabalho que é multidisciplinar, um grande feito que é unir os entes públicos, estado e municípios, com uma equipe empenhada e comprometida em fazer valer não só as determinações do CNJ, mas de trazer um olhar diferenciado para aquele ser humano que vem aqui para a custódia", afirmou a advogada e consultora do prêmio, Leyla Hora. "Relatos que eu ouvi aqui de pessoas que vieram para a audiência de custódia e seis meses depois já estão completamente recuperadas. Um tratamento digno que trouxe dignidade e olhou essas pessoas de forma única nas suas necessidades", concluiu Leyla.

> Desde agosto do ano passado, quando a prática foi implantada, já foram realizados 221 atendimentos, sem reincidência. Mas não são apenas números, são seres humanos em sofrimento causado pelo transtorno mental e que tiveram um tratamento digno, representando uma verdadeira mudança de mentalidade, (GMF/TJSE, fala da juíza-corregedora e membro do GMF, Brígida Declerc Fink, 2024).

Mesmo com a EAP sendo criada em Sergipe em 2023, a Portaria Nº 94 GP1-Normativa, é instituída apenas em 2024 regulamentando a Política Antimanicomial do Poder Judiciário do estado de Sergipe, que dispõe sobre os seus procedimentos no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Esses procedimentos estão de acordo com o fluxograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe - conforme mencionado anteriormente.

> Art. 1º Instituir a Política Antimanicomial do Poder Judiciário do Estado de Sergipe e regulamentar os procedimentos para o tratamento das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial que estejam custodiadas, sejam investigadas, acusadas, rés 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 (Brasil, Poder Judiciário do Estado de Sergipe, Portaria Nº 96, 2024, p. 2).

Nesse sentido, o serviço de avaliação e acompanhamento das medidas terapêuticas à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, que está vinculado a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), é realizado pela EAP, sendo essa equipe vinculada a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES), que atua conectada ao Poder Judiciário, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) perante todas as fases do processo criminal.

A EAP tem o papel de apoiar os serviços de referência da RAS e RAPS para fins de que seja elaborado o Projeto Terapêutico Singular das pessoas com transtornos mentais em conflito com a Lei, para que haja a corresponsabilização no cuidado e articulação das condutas terapêuticas com a rede de saúde e assistência social.

Durante a audiência de custódia, todo e qualquer custodiado com indícios de transtorno mental ou qualquer deficiência psicossocial deverá ser avaliado pela EAP para fins de indicação da modalidade de tratamento adequada, seguindo as diretrizes da reforma psiquiátrica.

> §1º Na Central de Plantão Judiciário (Ceplan), a EAP, antes do início da audiência de custódia, realizará a avaliação do custodiado com indícios de transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial e juntará o relatório nos respectivos autos eletrônicos (Brasil, Poder Judiciário do Estado de Sergipe, Portaria Nº 96, 2024, p. 2).

Em casos de nas unidades jurisdicionais, o indício de transtorno mental ou deficiência psicossocial seja detectado durante a audiência de custódia de cumprimento de mandado de prisão, a EAP deverá ser intimada eletronicamente.

> Art. 5º A medida cautelar de internação provisória ocorrerá em hipóteses absolutamente excepcionais, quando não cabíveis ou suficientes outras medidas cautelares diversas da prisão e quando compreendidas como recurso terapêutico, momentaneamente adequado, desde que prescrita pela EAP (Brasil, Poder Judiciário do Estado de Sergipe, Portaria Nº 96, 2024, p. 3).

Nesse quesito, caso o paciente esteja com medida cautelar de internação deve ser encaminhado à urgência psiquiátrica da rede pública, que fica no Hospital São José em

Aracaju, que funcionará como porta de entrada para a regulação em leito de atenção integral em saúde mental.

> Art. 6º O custodiado em situação de crise em saúde mental deverá ser encaminhado à urgência psiquiátrica da rede pública para fins de estabilização, com cópia da decisão, identificação civil ou criminal e avaliação da EAP, caso realizada (Brasil, Poder Judiciário do Estado de Sergipe, Portaria Nº 96, 2024, p. 3).

O deslocamento será feito pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Em casos das audiências de custódia realizadas na Central Plantonista (Ceplan), localizada no Fórum do Gumersindo Bessa em Aracaju, a EAP deverá ser acionada para realizar o manejo da crise em saúde mental.

> Art. 7º Havendo indícios de transtorno mental ou deficiência psicossocial em qualquer fase do procedimento criminal, a EAP deverá ser intimada eletronicamente para realizar a avaliação do custodiado em até 20 (vinte) dias, salvo se demonstrada a necessidade de maior prazo (Brasil, Poder Judiciário do Estado de Sergipe, Portaria Nº 96, 2024, p. 3).

No caso de indicação de tratamento em saúde mental, a autoridade judicial reavaliará a necessidade e adequação da situação prisional do réu ante a necessidade de atenção à saúde.

> Art. 8º A análise sobre a imputabilidade da pessoa, quando necessária, ocorrerá com a instauração do incidente de insanidade mental nos termos da legislação vigente, ocasião em que a perícia psiquiátrica será solicitada:
> I– à Secretaria de Estado da Justiça e de Defesa do Consumidor (Sejuc), caso o indivíduo esteja preso ou internado;
> II– à Coordenadoria de Perícias Judiciais do Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe, caso o indivíduo esteja solto.
> Parágrafo único. Além dos quesitos e peças informativas, deverá ser disponibilizado ao perito competente a(s) avaliação(ões) acostada(s) aos autos pela EAP, caso realizada(s) (Brasil, Poder Judiciário do Estado de Sergipe, Portaria Nº 96, 2024, p. 4).

É válido ressaltar que a internação provisória ou medida de segurança de internação ocorrerão em hipóteses absolutamente excepcionais, quando não cabíveis ou suficientes outras medidas extra-hospitalares, desde que indicada pela EAP, o que está de acordo com a Lei Antimanicomial 10.216/2001.

> Art. 10. O magistrado expedirá o mandado de internação no Banco Nacional de Medidas Penais e Prisões (BNMP) do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).
> Parágrafo único. A EAP deverá ser intimada da expedição de ordem judicial de internação para fins de apoio nas diligências e monitoramento do cumprimento.
> Art. 11. Localizado o indivíduo com mandado de internação pendente de cumprimento no BNMP, a autoridade policial deverá:
> I – Enviar notificação de cumprimento do mandado ao juízo competente;
> II – Encaminhar o internando, em até 24 horas, à EAP para fins de avaliação multidisciplinar; III – ratificado o mandado, encaminhar o internando à urgência psiquiátrica da rede pública, que funcionará como porta de entrada para a regulação em leito de atenção integral em saúde mental.
> Parágrafo único. Caso a localização do internando ocorra em dias não úteis, as devidas comunicações deverão ser enviadas ao juiz plantonista, via peticionamento eletrônico (Poder Judiciário do Estado de Sergipe, Portaria Nº 96, 2024, p. 5- 6).

A EAP apoiará todos os trâmites da internação e encaminhará ao juiz competente relatório multidisciplinar a partir da avaliação biopsicossocial do internado, no mínimo, a cada 30 (trinta) dias. Para que essa pessoa seja desinternada a equipe enviará à autoridade judicial competente o relatório multidisciplinar, informando as condições de alta hospitalar, sem prejuízo do acompanhamento psicossocial pelos demais dispositivos da RAPS. O magistrado expedirá o mandado de desinternação no Banco Nacional de Medidas Penais e Prisões, encaminhando-o à EAP para fins de cumprimento e apoio junto às outras medidas que porventura sejam aplicadas.

> Art. 16. Em situações excepcionais em que houver a decretação da prisão de indivíduo internado em leito de atenção em saúde mental, a unidade judiciária competente deverá:
> I - Expedir o mandado de desinternação no BNMP, encaminhando-o à EAP;
> II – Expedir o mandado de prisão no BNMP, encaminhando-o à Polícia Civil;
> III – Intimar a EAP para ciência e apoio no cumprimento dos mandados;
> IV – Oficiar a Coordenação Geral de Saúde da Secretaria de Estado da Justiça para fins de acompanhamento e suporte ao réu em uma das unidades prisionais que possua assistência psiquiátrica, caso necessário.
> Parágrafo único. Além do relatório de alta médica e das prescrições médicas, a unidade de saúde responsável pela desinternação deverá emitir relatório médico de integridade física do paciente (Poder Judiciário do Estado de Sergipe, Portaria Nº 96, 2024, p. 5).

A medida de tratamento ambulatorial será cumprida junto à RAPS e/ou serviços disponíveis na Rede de Saúde e Assistência Social dos Municípios, sendo acompanhada pela autoridade judicial, com o apoio da EAP ou do Núcleo Psicossocial da Vara, onde houver. Tanto a EAP ou o Núcleo Psicossocial deverá ser intimado do encaminhamento do executado

para a RAPS do seu domicílio. Após o início do tratamento ambulatorial, a EAP ou o Núcleo acima citado deverá juntar os autos e, de acordo com as determinações judiciais, os documentos comprobatórios do cumprimento da medida. Desse modo, em caso de não adesão ao tratamento a EAP ou Núcleo Psicossocial deverá comunicar a situação ao juízo competente. É importante trazer que o sujeito passa por um período de provas[16] após ser encaminhado a RAPS. Além disso, a EAP poderá solicitar, à unidade jurisdicional competente, a intimação do réu solto e/ou seus responsáveis para comparecer à avaliação, indicando local, dia e horário agendados.

A Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe encontra-se aberta, pois, ainda algumas pessoas não foram desinternadas ou desinstitucionalizadas. O Departamento de Monitoramento e Fiscalização dos Sistemas Carcerário e Socioeducativo do CNJ emitiu um parecer concedendo ao TJSE uma prorrogação no prazo para a interdição total da UCP, até o mês de agosto de 2025, desde o ano de 2023 que a unidade realiza adiamento do seu fechamento, no total já aconteceram cinco prorrogações. Nesse contexto, essa situação decorre de uma falha do poder público do estado de Sergipe, que reflete na falta de Serviços Residenciais Terapêuticos para abranger esses sujeitos que estão na UCP. A instituição está com 31 pessoas internadas em julho de 2025, sendo 25 do sexo masculino e 6 do sexo feminino, com procedências dos estados de Sergipe, Pernambuco e Maranhão.

Os integrantes do Grupo de Monitoramento e Fiscalização dos Sistemas Carcerário e Socioeducativo relataram em reunião no dia 25/04/2025 o debate da implementação definitiva da Política Antimanicomial em Sergipe, e trouxeram a situação atual de insuficiência de leitos para o atendimento da demanda de todo o Estado na unidade de Glória, onde fica localizado o Hospital Regional Psiquiátrico. Foi realizada sugestão de que fosse construído um plano de ação até o final do mês de abril de 2025, com soluções para estruturar os fluxos e atendimentos para justamente concretizar a política antimanicomial, priorizando o atendimento em meio aberto e nos serviços territoriais da rede de saúde. Nesse contexto, para o Serviço Social esse plano de ação deve priorizar investimentos na Rede SUS, com a criação de mais CAPS e SRT e não investindo fundo público em Comunidades Terapêuticas. Ademais, esse plano de ação é desconhecido, pois, até o mês de julho de 2025 não foi feita nenhuma divulgação pelo Tribunal de Justiça de Sergipe.

[16] É o período final do processo em que o sujeito permanece sob supervisão do Estado, ainda que não esteja privado de liberdade, e acompanhado pela RAPS. Nesse sentido, algumas obrigações e informações poderão ser exigidas pelo magistrado. Correndo tudo dentro do previsto pelo juiz, a pena ou medida terapêutica é extinta.

Diversos membros de órgãos representativos de defesa de direitos estiveram presentes nessa reunião para discutir a implementação definitiva da política antimanicomial no Estado, como o desembargador-corregedor Edivaldo dos Santos, que representou o supervisor do GMF/SE, des. Diógenes Barreto; a juíza-corregedora Dauquíria Ferreira; o juiz da Vara de Execuções Penais, Gaspar Feitosa e demais integrantes do GMF/SE, bem como representantes da Defensoria Pública; dos Ministérios Públicos Estadual e Federal; da OAB/SE; das Secretarias Municipais de Saúde e da Assistência Social, e do Governo de Sergipe, representado pelas Secretarias de Estado da Saúde (SES), Assistência Social, Inclusão e Cidadania (Seasic), Justiça e de Defesa do Consumidor (Sejuc), Segurança Pública (SSP).

No entanto, não foram publicadas atas dessa reunião, nem o parecer da prorrogação do prazo para o fechamento da UCP, e os próprios órgãos não se posicionaram publicamente sobre a ineficiência da implementação da Política Antimanicomial no Estado, o que é um descaso visto que são instituições que têm papel de defesa do estado democrático de direito, e que devem se posicionar e defender os interesses da população com transtorno mental em conflito com a lei no Estado. Outra questão que chama atenção, na referida reunião, foi a ausência de profissionais que estão na execução dos serviços das políticas públicas, principalmente, na perspectiva de que são estes (as) profissionais que compreendem com propriedade os desafios da política de saúde mental, o que implica no processo de desinstitucionalização. Destaca-se também a falta da presença da sociedade civil e dos movimentos sociais da luta antimanicomial e de saúde para emitirem opinião pública sobre esse descaso.

Dessa forma, compreende-se que transferir o atendimento, anteriormente, realizado pelo Poder Judiciário em sua responsabilidade pela avaliação e acompanhamento das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, vê-se a tentativa, por meio do Tribunal de Justiça junto ao Grupo de Monitoramento e Fiscalização dos Sistemas Carcerário e Socioeducativo ao organizar essa reunião, o silenciamento da classe trabalhadora, também evidenciando a incapacidade ou falta de interesse político do Governo Estadual em implementar a Política Antimanicomial ou mesmo a explícita intenção de que a questão seja assumida por ONG´s e suas comunidades terapêuticas, em manutenção à proposta do governo de extrema direita e as intenções de refilantropização do enfrentamento às questões de saúde mental.

A Central Única dos Trabalhadores de Sergipe, através da psicóloga Daiana Alves, do Sindicato dos Psicólogos, publicou em seu *site* no dia 21 de maio de 2025, a forma como avalia a política de saúde mental em Sergipe:

> Insuficiente. O retrato disso está nas filas de espera imensas no SUS para atendimento psicológico, o alto índice de pessoas com depressão e outros transtornos, além do aumento do consumo de remédios controlados, das drogas legalizadas (álcool, cigarro e medicamentos controlados) e das não legalizadas (principalmente as estimulantes - cocaína e crack). Vale ressaltar, que o cuidado de saúde mental se dá pela prevenção, promoção e cuidado continuado. A falta de estrutura, financiamento e orçamento ou público para implementação e ampliação dos CAPS resulta no aumento das vulnerabilidades sociais das pessoas que sofrem sem cuidado da saúde mental, inclusive crianças e adolescentes. Portanto, urge que o governante estadual também dê suporte aos municípios para que seja ampliada a oferta de serviços de saúde mental no interior do estado no modelo da reforma psiquiátrica, através do atendimento em Centros de Atenção Psicossocial (CUT/SE, 2025).

Dessa forma, vê-se o quanto é insuficiente a política de saúde mental em Sergipe, mas é importante trazer que é uma questão a nível nacional justamente pelo processo ultra neoliberal das políticas sociais, em que acontece esse desmonte pela falta de investimentos, principalmente, em uma política de saúde mental pública e de qualidade. O que prepondera é a refilantropização da saúde mental com investimentos nas Comunidades Terapêuticas, em que o Estado se faz mínimo para as políticas sociais, ou seja, este não quer se responsabilizar por promover políticas que atendam as necessidades da população, e transfere essa responsabilidade para o terceiro-setor, ONGs e empresas privadas, o que reflete em uma forma de destituição de direitos sociais. Em Sergipe existem algumas Comunidades Terapêuticas, que estão em alguns municípios do Estado, sendo assim segue quadro com a nomenclatura dessas instituições, o município em que estão alocadas e a qual grupo religioso pertencem.

Quadro 2-Comunidades Terapêuticas em Sergipe

Nomenclatura	Municípios	Instituições religiosas
Fazenda Esperança	Lagarto	Igreja Católica
Fazenda Esperança	São Cristóvão	Igreja Católica
Fazenda Mãe Natureza	Santana do São Francisco	Práticas Holísticas
Esquadrão da Vida	Itabaiana	Igreja Presbiteriana
Bethesda Casa de Misericórdia	Itaporanga D'Ajuda	Pentecostal
Desafio Jovem de Sergipe	Areia Branca	Pentecostal

Fonte: Autoria própria, 2025.

Verifica-se que essas instituições filantrópicas estão ligadas a grupos religiosos como a Igreja Católica, Presbiteriana e Pentecostal, o que comprova a abordagem da moralização dos sujeitos que estão em tratamento nestes espaços. Ademais, vê-se o motivo dos governos investirem nessas unidades, pela necessidade de apoio desses grupos religiosos para o fortalecimento de poder e continuidade do governo. Em sergipe, o Instituto Fabinho do Abrigo (IFA), localizado em Itabaiana, é um serviço residencial terapêutico que acolhe um grande número de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, as quais estão sem rede de apoio familiar e comunitária, porém funciona na lógica das CTs em razão de acolher apenas aqueles que têm algum benefício como o BPC, visto que esse serviço como faz parte da RAPS recebe financiamento do fundo público, porém visa apenas o lucro com esses sujeitos.

A UCP/SE pode acionar a EAP para auxiliar nesse processo de desinstitucionalização caso seja necessário, mas percebe-se que em razão da insuficiência de leitos psiquiátricos e de outros serviços da rede de saúde mental para encaminhar essas pessoas é uma questão que só pode ser solucionada com investimentos na Política de Saúde Mental pelo poder público estadual e municipal.

Essa situação revela que na realidade a implementação da Política Antimanicomial em Sergipe apresenta falhas, justamente pela situação de precariedade dos serviços das políticas sociais, e essas questões impactam e apresentam desafios no trabalho da EAP no Estado. Com a Política Antimanicomial a Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe será fechada, sendo assim é preciso que a Rede de Atenção Psicossocial dos municípios

sergipanos sejam ampliadas, além de vagas em leitos psiquiátricos para os sujeitos que estiverem em crise em saúde mental justamente pelo Hospital Psiquiátrico de Glória não conseguir atender a quantidade de demandas do Estado, é importante ampliar também os Serviços Residenciais Terapêuticos para atender as demandas das pessoas que estão em desinstitucionalização e sem rede familiar, além dos CAPS para o acompanhamento e cuidado em saúde mental.

A Lei nº 10.216/2001 estabelece que a atenção a essas pessoas deve ocorrer preferencialmente em serviços comunitários, como os CAPS, e que o tratamento deve seguir os princípios do SUS. Porém, é preciso também entender que como são pessoas que cumprem medidas de segurança, o Sistema de Justiça precisa também se responsabilizar por estes sujeitos, e não apenas transferir a responsabilidade do atendimento para a Política Nacional de Saúde Mental e demais políticas públicas.

4.2.1 O perfil das pessoas com transtornos mentais em conflito com a Lei acompanhadas pela EAP/SE

Em uma tentativa de aproximação com a totalidade do objeto desta pesquisa, é preciso verificar o perfil dessas pessoas que estão sendo acompanhadas pela EAP/SE, justamente para entender quem são esses sujeitos e quais delitos eles cometeram. Essas informações podem direcionar o trabalho das categorias profissionais que compõem a EAP. Portanto, seguem dados primários que foram coletados acerca desse perfil.

Ao analisar os dados das pessoas acompanhadas pela equipe da EAP em Sergipe, vê-se que os homens estão em maior quantidade de sujeitos com transtornos mentais em conflito com a lei no Estado, visto que das 487 pessoas, 422 são do sexo masculino e 65 do sexo feminino. A faixa etária com maior incidência de delito é entre 19 a 45 anos, ou seja, existem jovens no estado que cumprem medidas de segurança, e o público atendido pela EAP é diversificado. Em relação aos municípios sergipanos de origem desses sujeitos, há pessoas de todos os 75 municípios que formam o Estado de Sergipe.

Quadro 3- Perfil das pessoas acompanhadas pela EAP/SE

Quantitativo total de pessoas acompanhadas:	487
Sexo Masculino:	422
Sexo Feminino:	65
Faixa Etária (maior incidência):	19 a 45 anos
Cidade de Origem:	Todos os 75 municípios sergipanos
Tipo de crime cometido (maior incidência):	(1ª) Violência doméstica, (2ª) Homicídio, (3ª) Maus Tratos, (4ª) Estelionato e (5ª) Lesão Corporal

Fonte: Autoria própria, 2025.

Ademais, é preciso destacar que a equipe da EAP/SE não tem nos registros de atendimentos informações sobre a cor/raça/etnia das pessoas que são acompanhadas pela equipe multiprofissional. A ausência desses dados é problemática, sendo que é necessário analisar esse recorte racial desses sujeitos com transtornos mentais que estão em conflito com a lei. Para o trabalho profissional da(o) assistente social, compreender esses dados é necessário para uma intervenção efetiva contra o racismo, o elitismo, o capacitismo e o patriarcalismo, que também dominam, oprimem e exploram determinados sujeitos, histórica, cultural e socialmente. A Nota Técnica sobre o trabalho de assistentes sociais e a coleta do quesito Raça/Cor/Etnia, publicada pelo Conselho Federal de Serviço Social traz que "a utilização da categoria 'raça' é assertiva, pois proporciona a identificação das pessoas conforme seu grupo de origem e desvela os processos de inclusão/exclusão a que elas estão submetidas por serem brancas, negras, indígenas ou asiáticas" (CFESS, 2022, p. 2).

> Faz-se necessário que tal seja dito e disseminado, para que se possa apreender as demandas e particularidades inerentes a cada grupo, orientando a formulação de políticas públicas e programas de ação direcionados à superação de tais desigualdades. Além disso, é urgente que a categoria profissional se comprometa com a coleta adequada do quesito raça/cor/etnia nos diversos bancos de dados existentes, a exemplo dos sistemas em funcionamento na política de saúde, assistência social, previdência social, educação, trabalho, entre outras (CFESS, 2022, p. 7).

Mediante o exposto, outras informações como tempo de internação, estado civil, escolaridade e tempo de tratamento também não estão nos registros da EAP/SE. Nesse sentido, essas análises comprovam o que foi mencionado que esses dados são essenciais para

o exercício profissional da(o) assistente social e a formulação de políticas públicas, uma política criada sem avaliar dados da população é uma política fragmentada, e a(o) assistente social tem o dever de coletar essas informações por ser um compromisso com o Projeto Ético-Político Profissional.

Além disso, os tipos de delito cometido com maior frequência estão relacionados a violência doméstica, homicídio, maus-tratos, estelionato e lesão corporal. Nesse sentido, ao analisá-los evidenciam-se as nuances das violências que são praticadas por esses homens com transtornos mentais.

Analisa-se que a violência está no modo como os homens se relacionam entre si e nessas relações existe um sistema que domina, explora e oprime as mulheres que é o patriarcalismo. Desse modo, compreende-se que são delitos consubstanciados por relações sociais historicamente construídas e que afetam principalmente as mulheres. Nestes casos, o restabelecimento de vínculos no processo de desinstitucionalização desses sujeitos com as vítimas, principalmente, aquelas em violência doméstica deve ser ética e crítica, justamente para não violar os direitos da vítima e desencadear a violência secundária, consequentemente, defende-se que deve ser respeitada a decisão da família em querer ou não manter a convivência com o sujeito.

Por outro lado, considerando o quadro de adoecimento mental dos autores das violências, também por serem consideradas pessoas inimputáveis, há que se destacar quem em meados de 1970 iniciam-se estudos sobre homens e saúde, mas apenas nos anos 2000 foram postas publicações da Organização Mundial da Saúde sobre a necessidade do debate e implementação de políticas de saúde para esse público em específico. No que tange a políticas públicas, a aprovação em 2009 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem recebeu diversas críticas em razão de ser centrada em questões urológicas. Os homens compreendem a doença como fraqueza, e por isso tem dificuldade de expressar seus sofrimentos de saúde. Além disso, especula-se que ainda quando o sofrimento é manifestado, singularidades nos modos de sofrer de homens podem representar uma barreira para o reconhecimento por parte de profissionais de Saúde (Melo; Silva, 2021. p. 2).

De acordo com Affleck *et al.* (2018) existem padrões dominantes de gênero que fazem os homens silenciarem sobre questões de saúde, o que está em conformidade com a "crise silenciosa". O machismo afeta a sociedade como um todo, seus efeitos incidem principalmente na vida das mulheres, mas também afetam os homens. Porém, esses homens precisam também se responsabilizar pelo cuidado em saúde mental, principalmente quando são diagnosticados com transtornos mentais, uma vez que quando eles não aderem ao

tratamento a família está suscetível ao risco social e pessoal, e quando abordamos o termo família, vê-se que são as mulheres que estão como responsáveis por esses homens justamente pelo papel sexual do cuidado à família que foi passado historicamente, e esses homens são seus companheiros, irmãos, filhos e etc.

Nesse sentido, os dados de pessoas com transtornos mentais que estão em conflito com a lei, conforme o relatório de informações penais, citado no início deste trabalho, e o perfil das pessoas acompanhadas pela EAP/SE, comprovam a prevalência desses transtornos em quantidade maior aos homens, o que se dá em razão dessa crise silenciosa, que os fazem negligenciar questões relacionadas a sua saúde mental, uma vez que ele precisa ser visto socialmente como viril.

Figueiredo (2005) destaca que por outro lado, embora de fato exista a ideia de que a baixa presença de homens em serviços de cuidado primário seja associada à desvalorização do autocuidado por essa população, os homens tendem a preferir usar outros serviços como, por exemplo, pronto-socorro ou farmácias, locais onde, segundo o autor, as demandas são respondidas de forma mais objetiva e imediata.

Com isso, é importante destacar que não se pretende desresponsabilizar os homens que cometeram e cometem delitos, como por exemplo, a violência doméstica, sendo um dos tipos de delito mais cometidos por pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei em Sergipe, violência essa que, historicamente, atinge as mulheres. Quando é tratado sobre a prevalência de transtornos mentais e adoecimento psicossocial aos homens, é no sentido de desenvolver análises de como esse processo de doença e adoecimento recai sobre eles e de possibilidades de fazer frente a essas questões, justamente para trabalhar o cuidado em saúde mental e a corresponsabilização da adesão ao tratamento.

O cuidado em saúde mental não deve ser observado pelos profissionais de saúde de forma passiva, é preciso quebrar as barreiras que dificultam o acesso dos homens aos serviços de saúde, ampliando mecanismos de acolhimento, mas sem adequar a lógica dos homens, que reforcem que o cuidado com a saúde deve ser realizado apenas pelas mulheres.

As assistentes sociais enquanto profissionais de saúde e de outras políticas sociais tem o dever ético e político de contribuir para romper com práticas que reforcem que os homens não precisam de cuidado em saúde mental, além de mobilizar outras categorias profissionais acerca desse debate nos espaços sócio-ocupacionais que estão inseridos enquanto trabalhadores.

A partir da análise qualiquantitativa dos dados, de compreender que os transtornos mentais recaem, historicamente, sobre homens; que uma das possibilidades de explicação é a

existência da crise silenciosa que os afastam do cuidado em saúde mental; e que o delito mais cometido é a violência doméstica característica de relações patriarcais, historicamente construída, entre homens e mulheres, defende-se que essas questões podem ser trabalhadas pelas profissionais da EAP e da RAPS com o sujeito, família e comunidade a partir do Projeto Terapêutico Singular. Desse modo, sensibilizar e conscientizar esses homens sobre a necessidade do cuidado com a saúde mental pode auxiliar no processo de aceitação de ser acompanhado e atendido pela Rede de Atenção Psicossocial, além de trabalhar sobre o machismo, o sexismo e as formas de violência que as mulheres são acometidas por esses homens que estão em conflito.

Consequentemente, o debate sobre gênero e as questões étnico-raciais é necessário não apenas dentro das instituições de saúde mental e de outras políticas sociais, são questões essenciais que devem ser trabalhadas criticamente na comunidade, assim como também a necessidade do cuidado em saúde mental e da responsabilidade do tratamento por parte do sujeito para prevenir situações de violência que afetem a família, comunidade e sociedade civil.

Por fim, constata-se que o trabalho profissional do serviço social na EAP deve orientar a sua prática profissional considerando as relações sociais, além das expressões da questão social, para um exercício profissional que atenda as demandas que lhes são requisitadas de forma crítica a partir da transformação social, defendendo os direitos não apenas do sujeito, mas da rede familiar também, pois a violência tem vítimas diretas e vítimas indiretas.

4.3 O trabalho profissional do serviço social na Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Pessoas com Transtornos Mentais em Conflito com a Lei em Sergipe

O(A) assistente social é um(a) dos(as) trabalhadores(as) que está no escopo das categorias profissionais que compõe a equipe multidisciplinar da EAP, uma vez que a Portaria GM/MS Nº 4.876, de 18 de julho de 2024 em seu art.100 respalda a obrigatoriedade da necessidade da presença de pelo menos 01 (uma) assistente social.

Em relação às atribuições da(o) assistente social na EAP, a Portaria GM/MS Nº 4.876, de 18 de julho de 2024, cita que as atividades devem ser realizadas conjuntamente aos outros profissionais da equipe, justamente pelo trabalho ser interdisciplinar:

> Art. 97. Compete ao assistente social e outros profissionais da EAP:
> I- Realizar avaliações biopsicossociais e apresentar proposições fundamentadas na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e nos princípios da RAPS, orientando a adoção de ações terapêuticas, preferencialmente de base comunitária, a serem implementadas segundo um Projeto Terapêutico Singular- PTS;
> II- Subsidiar os serviços de referência das redes SUS e SUAS na elaboração do PTS, envolvendo, sempre que possível, a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e suas referências familiares e comunitárias, visando à construção de corresponsabilização no cuidado e ao estabelecimento de condutas terapêuticas articuladas em rede;
> III- Identificar programas e serviços do SUS e SUAS e de direitos de cidadania necessários para a atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e para a garantia da efetividade do PTS;
> IV- Estabelecer articulação com gestores e equipes de serviços do SUS e SUAS e de direitos de cidadania para viabilização do acesso e da corresponsabilização pelos cuidados da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei;
> V- Contribuir para a ampliação do acesso a serviços e ações de saúde, em consonância com a justiça criminal;
> VI- Acompanhar a execução da medida terapêutica, atuando como conector entre os órgãos de justiça e as equipes de saúde em estabelecimentos penais e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania, garantindo a oferta de acompanhamento integral, resolutivo e contínuo;
> VII- Apoiar a capacitação dos profissionais atuantes nas políticas públicas afetas ao tema para orientação acerca de diretrizes, conceitos e métodos para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei;
> VIII- Contribuir para o processo de desinstitucionalização de pessoas que cumprem medida de segurança ou com transtorno mental em conflito com a lei em instituições penais ou hospitais de custódia, articulando-se às equipes de saúde desses estabelecimentos, quando houver; e
> IX- Informar à referência técnica designada pelo município habilitado no Programa De Volta Para Casa, de que trata a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, sobre o destino da pessoa que foi desinternada ou recebeu alvará de soltura de hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e encaminhar a documentação, nos casos elegíveis, para o recebimento do auxílio à reabilitação psicossocial (Ministério da Saúde, 2024. p. 2).

A(O) assistente social atua junto aos outros profissionais da EAP em Sergipe, sendo as psicólogas, médicas e enfermeiras, dada a necessidade de articulação de diversas áreas do conhecimento para avaliar e acompanhar os casos no sistema de justiça.

A avaliação biopsicossocial é uma das requisições profissionais da(o) assistente social na EAP junto a outros profissionais da equipe, que é solicitada pelo magistrado quando todo e qualquer custodiado tiver indícios de transtorno mental. De acordo com Santos (2022) na

avaliação biopsicossocial realizada pela(o) assistente social existe a necessidade de relacionar as condições econômicas, barreiras no acesso às políticas, aos produtos e tecnologias, à ausência de apoio e relacionamento, às particularidades do território de convívio e moradia, às barreiras físicas e atitudinais enfrentadas que impactam na autonomia das pessoas, histórico social e particularidades na trajetória de vida, enfim, avaliar os contextos em que, a partir das condições de saúde e fatores ambientais, surge a experiência do transtorno mental.

No Brasil, o conceito de saúde no sentido ampliado, foi dissipado com a redação do relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, como "o resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde" (Brasil, 1986, p. 4). Posto isso, essa análise do social cumpre a lógica da avaliação biopsicossocial do transtorno mental, que é realizada pela(o) assistente social na equipe da EAP/SE para fins de orientação de ações terapêuticas de base territorial implementada segundo um Projeto Terapêutico Singular, a atuação da(o) assistente social possibilita e potencializa estratégias de intervenções junto às políticas públicas.

As informações e análises realizadas pela EAP por meio da avaliação biopsicossocial são utilizadas para referenciar os serviços das redes SUS, incluindo CAPS, SRT, UBS e etc., e SUAS como o CRAS e CREAS do município de origem dessas pessoas na construção do Projeto Terapêutico Singular, envolvendo o sujeito, família e profissionais das referidas redes, para que aconteça a corresponsabilização do cuidado. Porém, essa corresponsabilização não deve ser no sentido de responsabilizar e obrigar a família a reconstruir um vínculo afetivo que foi rompido mediante a violência, onde nem sempre essa reconstituição é possível. Ademais, conforme analisado neste trabalho o sistema de justiça também precisa se responsabilizar por esses sujeitos, justamente por estarem em conflito com a lei.

> A construção de uma prática multiprofissional e a capacitação do profissional para tal ainda é limitada, principalmente pela dificuldade em se mudar as relações de trabalho em um modelo de atenção que ainda privilegia o saber biológico, a doença e a formação fragmentada por especialidade (Santos *et al*., 2010, p. 5).

A EAP, oficializa a UCP, por e mail, o dia que pretende realizar as visitas técnicas com vistas a construção de relatório biopsicossocial, bem como encontros com a equipe técnica multiprofissional da UCP para levantamento de casos em que já existem a avaliação multiprofissional favorável a desinstitucionalização.

A assistência em saúde mental na cena contemporânea envolve diversas combinações pelos recursos humanos em saúde, ou seja, envolve a discussão de diversos profissionais que são trabalhadores de saúde e com seus conhecimentos específicos auxiliam no processo de saúde-doença do sujeito. Esse conhecimento produzido é o mais adequado para atender as reais necessidades de cada cidadão(ã). As questões multidimensionais como a funcionalidade, rompe com o saber puramente biomédico, o qual não é suficiente para atender as demandas de saúde.

Para a integralidade da assistência à saúde é necessário o trabalho multiprofissional[17], mas esse trabalho é permeado por diversos desafios justamente pela presença fragmentada na formação e trabalho em saúde, e o saber biomédico ser posto como o único referencial. [...] são relativamente raras as vivências interdisciplinares em saúde e são comuns às atuações profissionais predominantemente técnicas, com a apreensão de cada área de trabalho como um conjunto de atribuições, sem a real articulação dos saberes (Souza; Mira, 2016, p. 9).

> A inserção do(a) assistente social em uma equipe multiprofissional traz como proposta uma formação capaz de colocar o saber específico na direção de um saber compartilhado, não abrindo mão de suas peculiaridades e que possa, portanto, atribuir um enfoque interdisciplinar na atuação profissional (Rodrigues *et al*., 2011, p. 136).

A interdisciplinaridade é defendida pelos órgãos da categoria profissional, incluído em seus aparatos normativos e legais. De acordo com estes estudos (Raulino *et al*., 2016; Alves e Fávero, 2010) a interdisciplinaridade dialoga com os princípios fundamentais do Código de Ética Profissional do Assistente Social (CFESS, 1993), especificamente aquele que se refere à "garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual" (Brasil, 2012). Logo, para as(os) assistentes sociais, principalmente, aquelas(es) que trabalham com saúde, é importante o trabalho a partir da interdisciplinaridade.

[17] A multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade estão imbricadas no processo de trabalho, porém são diferentes, sendo a interdisciplinaridade o relacionamento entre os saberes de diferentes profissões que tem como objetivo o atendimento integral às necessidades da população. A prática interdisciplinar - vai além de uma justaposição ou adição de diferentes ângulos sobre determinados objetos de análise, havendo comunicação, confronto, discussão, interação, troca e articulações entre as disciplinas (Raulino et al., 2016, p. 6). Quando abordamos a multidisciplinaridade, as profissões presentes não se articulam, o que fragmenta o trabalho em equipe. Existe um empréstimo de duas ou mais especialidades ou setores de conhecimento permanecendo inalteradas, sem interação e sem enriquecimento mútuo; agrupamentos, intencionais ou não, sem relação entre as disciplinas (Raulino et al., 2016, p. 5).

No ensejo, o trabalho da EAP/SE é justamente formado por uma equipe com assistentes sociais, psicólogas, enfermeiras e médicas que trabalham a partir da multidisciplinaridade sendo que a proposta de trabalho seria com base na interdisciplinaridade, assim, o trabalho seria eficiente e atenderia as necessidades desses sujeitos, justamente por articular as diversas áreas do conhecimento dos profissionais da equipe. Com isso, o trabalho teria como foco uma justiça que fosse de fato social. Nesse sentido, cabe ressaltar que o trabalho interdisciplinar não acontece justamente pela ausência de condições objetivas de trabalho, por exemplo, a quantidade insuficiente de profissionais que é um problema em razão do grande quantitativo de demandas que são requisitadas a equipe, essas considerações são evidenciadas pelo perfil dos profissionais da EAP.

A viabilização de direitos é outra atribuição da(o) assistente social na EAP em Sergipe, ao realizar estudo social desses sujeitos, essa(e) profissional consegue identificar quais serviços, programas e benefícios do SUS e SUAS ele/ela pode acessar, seja o Benefício de Prestação de Continuada (BPC) da política de assistência social e do Programa de Volta Para Casa que transferem renda direta para essas pessoas, com o objetivo de que tenham condições econômicas de sobrevivência para custear alimentação, moradia, medicamentos que não são ofertados pelo SUS, esses serviços são essenciais para facilitar o retorno dessas pessoas ao seu território de origem, tendo em vista a situação de vulnerabilidade social dessas pessoas.

Assistentes sociais na EAP/SE trabalham com a articulação das redes de políticas públicas com os gestores de equipe técnica, realizando junto a equipe multidisciplinar os encaminhamentos para as unidades de referência das políticas sociais, sejam elas de saúde, assistência social etc, por exemplo, a Urgência Psiquiátrica do Hospital São José, o Hospital Psiquiátrico de Glória, Ambulatórios de Saúde Mental, Clínicas Psiquiátricas como a Clínica São Marcelo, CAPS, Serviço de Residência Terapêutica, CRAS, CREAS e outras unidades das políticas sociais do território de origem dos sujeitos.

Na particularidade da EAP/SE se explicita a necessidade da equipe reaver as suas atribuições e trabalhar junto aos movimentos sociais para defender os interesses e direitos da população com transtorno mental em conflito com a lei no estado de Sergipe. O trabalho com redes[18] deve extrapolar os encaminhamentos e sim mobilizar a população sobre a

[18] De acordo com Teixeira (2002) nas sociedades latino-americanas a formação de redes de políticas sociais tem relação com dois fenômenos: a descentralização e a democratização política. Quando é abordado a formação de redes, deve-se compreender que as redes se manifestam em uma variedade de espaços seja no setor empresarial, políticas públicas, movimentos sociais e etc. A partir do ideário neoliberal as redes têm valor estratégico, seu modelo de organização possibilita identificar os constrangimentos do contexto atual, facilitando o compartilhamento de recursos, práticas e saberes entre as instituições, de maneira a maximizar a efetividade de

importância do posicionamento político, principalmente, em relação ao descaso no qual se encontra a política de saúde mental no estado, com unidades de referência superlotadas como o Hospital Regional Psiquiátrico de Glória que atende as pessoas em momentos de crise em saúde mental, assim como a fragilidade dos CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos que são primordiais para a eficiência da implementação da política antimanicomial.

A EAP/SE participou do I Seminário sobre a Implementação da Política Antimanicomial no Estado de Sergipe no dia 4 de novembro de 2024, porém a equipe não estava presente na reunião do Grupo de Monitoramento e Fiscalização dos Sistemas Carcerário e Socioeducativo e TJ/SE no dia 25/04/2025 sobre o debate da implementação definitiva da Política Antimanicomial em Sergipe. Diante disso, é necessária a participação dessa equipe nas reuniões, conselhos e conferências de saúde mental e de temas relacionados à política antimanicomial justamente por ser uma nova política e a equipe técnica que está na execução desse serviço se posicionar sobre os desafios do trabalho frente à desinstitucionalização, considerando a atual conjuntura e governos (federal, estadual e municipal).

No Estado existem movimentos da luta antimanicomial, movimentos organizados dos trabalhadores de saúde, como o movimento LOUCOmotiva que articula ações na Assembleia Legislativa de Sergipe para debater e defender a saúde mental, e o Movimento Popular de Saúde de Sergipe (MOPS/SE) que é uma organização que atua em defesa do SUS e promove práticas integrativas e complementares em saúde. É necessária essa articulação com esses movimentos e a comunidade para lutar por políticas públicas que sejam efetivas e atendam as demandas da população, em toda a sua complexidade.

O trabalho profissional do serviço social está imbricado de um papel educativo e compromisso ético-político, o qual tem o objetivo de emancipação da classe subalterna, que visa a transformação da realidade social. O processo histórico da profissão é demarcado pela sua função pedagógica, tal função é mediatizada pelas relações entre o Estado e sociedade civil no enfrentamento da questão social, integradas a racionalização da produção e reprodução das relações sociais e do exercício do controle social (Abreu, 2002, p. 17).

---

suas ações e alcançar a eficácia e a eficiência das ações (Pereira; Teixeira, 2013, p. 6). Já para os movimentos sociais as redes têm direcionamento progressista, na relação entre Estado e Sociedade em uma perspectiva de ampliação da democracia e participação popular nos processos decisórios (Minhoto; Martins, 2001). A rede não deve ser observada como um conjunto de serviços sociais, esta deve ser visualizada como uma estratégia de mobilizar a sociedade a participar politicamente dos conselhos, conferências e audiências públicas e etc., justamente a fim da comunidade se posicionar e defender os interesses da classe trabalhadora.

> [...] O papel desse intelectual tem sido basicamente instrumental, de difusão de teorias e ideologias, de articulação das classes trabalhadoras na órbita das instituições do poder da classe dominante. Ou seja: exerce suas funções intelectuais como educador, organizador da hegemonia e da coerção das classes a que se vincula objetivamente (Iamamoto, 2011, p. 53).

O Serviço Social exerce a função pedagógica enquanto intelectual na sociedade. O seu trabalho como "educador" executa esta dimensão, na organização da cultura, da moralidade e da ideologia. Iamamoto (2011) cita que esse papel como educador pode direcionar uma atuação para a manutenção ou para a ruptura da hegemonia da classe burguesa. Mas, para além da ruptura com a burguesia, é preciso também considerar o rompimento com as relações de dominação, exploração e opressão para um trabalho com potencialidade. A profissão não se caracteriza apenas como nova forma de exercer a caridade, mas como forma de intervenção ideológica na vida da classe trabalhadora, com base na atividade assistencial (Iamamoto, 2011, p. 20).

A priori, essa dimensão pedagógica da(o) assistente social é utilizada na EAP para articular com os gestores e equipes do SUS e SUAS no sentido de explicar o funcionamento da EAP e a importância da articulação intersetorial com as unidades das políticas públicas para acompanhar às pessoas com transtornos mentais que estão em conflito com a lei, apoiando também a capacitação profissional desses trabalhadores em relação a Política Antimanicomial do Poder Judiciário brasileiro e suas determinações. Porém, é necessário o trabalho junto com os movimentos sociais para a mobilização da sociedade civil, o que não é a realidade do contexto sergipano em que as a EAP não está articulando com os movimentos como o MOPS e o LOUCOmotiva, o que fragiliza o exercício de uma função pedagógica crítica e transformadora.

Essa dimensão é importante para levar informações de cunho social, econômico e cultural dessas pessoas ao magistrado, posicionando-se em uma perspectiva de defesa dos direitos humanos e contribuindo em consonância com a justiça criminal. Porém, essa dimensão deve ser utilizada para além dessas ações e a(o) assistente social também pode realizar suas provocações e reflexões com os profissionais das diversas políticas sociais, no que diz respeito a estigmatização desses sujeitos e o preconceito historicamente atribuído a essas pessoas, além de trabalhar com questões relacionadas à temática da violência que impactam no processo de desinstitucionalização, uma vez que no perfil das pessoas acompanhadas pela EAP/SE consta como um dos delito mais infringido a violência doméstica, e os profissionais da rede SUS precisam considerar a possibilidade ou não de

reconstituição dos vínculos afetivos rompidos, considerar também se há possibilidade de convívio familiar.

A centralidade da intervenção psiquiátrica nunca foi o sujeito, e, sim, a doença mental que seria produto da natureza, Basaglia (2005), sendo assim a psiquiatria ignorava a relação do sujeito das relações sociais. Basaglia a partir de sua concepção assinalou que deveria inverter a lógica da psiquiatria e a doença deixaria de ser o centro da intervenção. Conforme assinala Amarante (2007, p. 67), a doença entre parênteses não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar; não é a negação da experiência que a psiquiatria convencionou denominar doença mental. A realidade social é respondida de modo diferente por parte de cada sujeito. Nesse sentido, entende-se que algumas pessoas com transtornos mentais precisam de um maior suporte em saúde mental.

Como se trata de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, é relevante ressaltar que esses sujeitos enfrentam estigmas no seu cotidiano e a(o) assistente social tem um papel crucial no combate a essa discriminação. A série de cadernos: assistente social no combate ao preconceito, elaborada pelo Conselho Federal de Serviço Social, o Caderno nº 8 dispõe sobre “Discriminação contra a população usuária da saúde mental” (2022), neste é exposta a ideia de loucura já reforça o estereótipo de periculosidade, atribuindo que as pessoas com transtornos mentais são um risco para a sociedade, isso reverbera no desenvolvimento de equipamentos de controle dos corpos e subjetividades da população.

O estigma é um dos desafios postos às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, sendo um dos empecilhos para a ressocialização dessas pessoas, o que traz consequentemente dificuldades na busca por cuidados em saúde mental (Henderson; Evans-Lacko; Thornicroft, 2013; Parker, 2013; Silveira *et al*., 2018). no campo de atuação da EAP, as pessoas com transtornos mentais também se deparam com os estereótipos que recaem histórica, social e culturalmente sobre o transtorno mental e o delito cometido. Nesse sentido, uma das estratégias que podem ser utilizadas para transformar a realidade social marcada pelas relações entre sociedade e as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei são ações educativas, que devem ser realizadas não apenas no âmbito das instituições e sim na comunidade para aproximar esse debate da sociedade, como nas escolas, universidades etc, justamente pela necessidade de um trabalho profissional para além do atendimento individual a essas pessoas.

Esse estigma se estende também para os profissionais das instituições de assistência em saúde mental que trabalham com esse público específico, pois, como identificou

Goffman (1988), o descrédito tende a ser compartilhado em uma espécie de tendência à difusão do estigma. Essa compreensão é primordial para a iniciativa de caminhos que busquem o rompimento desse estigma, a(o) assistente social a partir dessa concepção tem um papel crucial na mobilização social para trabalhar contra o preconceito as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, esse trabalho é importante para auxiliar no retorno desses sujeitos ao território de origem.

O Serviço Social é uma profissão que tem um direcionamento norteado a partir de um projeto ético-político profissional que tem como finalidade a transformação da sociedade, em um espaço de relações sem dominação e exploração seja de classe, raça e gênero. O exercício profissional da(o) assistente social para chegar a essa finalidade perpassa diversos desafios, movido pelas ações de caráter imediatista que serve para a manutenção desse sistema de modo de produção capitalista e dos sistemas de dominação, exploração e opressão, que impactam nas relações dos sujeitos entre si, principalmente com a família e comunidade. A utilização da dimensão técnica-operativa da(o) profissional é relevante para instrumentalizar e potencializar a sua ação no seu exercício profissional, abandonando o imediatismo e sistematizando o que deve ser feito em uma perspectiva de defesa dos direitos humanos.

Santos (2013, p. 25), o termo “dimensão” refere-se "às propriedades de alguma coisa, no sentido de seus pressupostos, de suas direções, de seus princípios fundamentais". No Serviço Social, diz respeito "aos princípios que contribuem para a concretização da profissão de Serviço Social e que formam a sua base". É inviável usar um instrumento de trabalho sem analisar criticamente com base teórica, a situação conjuntural em que aquele sujeito está inserido, sem se posicionar eticamente e a forma como aquele atendimento será manuseado sem causar danos. As dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa são unidades na diversidade, ou seja, estão interligadas e indissociáveis da profissão.

> Pensar o exercício profissional a partir dessas três dimensões coloca a possibilidade de entender o significado social da ação profissional – formativa, interventiva, investigativa. Pensá-las de modo articulado e orgânico, mas reconhecendo a particularidade de cada uma permite entender o papel da teoria como possibilidade, uma vez que leva ao conhecimento da realidade, indica caminhos, estratégias, bem como o instrumental técnico-operativo que deve ser utilizado e como deve ser manuseado. Implica, portanto, em pensar a relação que se estabelece entre teoria e prática, com as mediações necessárias para que a finalidade ideal, através da intervenção, possa se constituir em finalidade real, objetiva (Santos; Souza Filho; Backx, 2013, p. 24).

Guerra (2013) considera que a dimensão técnico-operativa se apresenta como a forma de aparecer da profissão, pela qual é conhecida e reconhecida na sociedade. Essa dimensão expressa a autoimagem da profissão, entretanto, se for considerada de modo autônomo ou isolada das demais dimensões do exercício profissional, não é suficiente para dar concretude de maneira qualificada às respostas frente aos processos sociais.

Essas intervenções exigem bastante da instrumentalidade profissional das assistentes sociais, justamente pela complexidade dos casos é necessário articulação entre as dimensões da profissão, sendo as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, para construir possibilidades junto com o sujeito e intervir de modo eficiente. Além dessas dimensões o Serviço Social exerce também uma função pedagógica conforme mencionado, a qual é essencial para a mobilização da classe trabalhadora para questionar esse sistema capitalista, patriarcal e racista que são o ônus para a existência e reprodução da desigualdade na sociedade.

Visto que a(o) assistente social na EAP/SE deverá formular respostas profissionais para as demandas encaminhadas pelo sistema de justiça, a avaliação biopsicossocial tem como produto o relatório multidisciplinar com emissão de pareceres com proposições fundamentadas na Lei Antimanicomial e princípios da RAPS, orientando ao magistrado a indicação de ações terapêuticas preferencialmente de base comunitária, a serem implementadas segundo Projeto Terapêutico Singular.

A instrumentalidade não se resume ao conjunto de instrumentos e técnicas que são utilizados no cotidiano profissional, mas sim a uma capacidade construída e reconstruída no processo sócio-histórico. Ela se concretiza ao alcançar os objetivos profissionais. É por meio desta capacidade, adquirida no exercício profissional, que os(as) assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano (Guerra, 2000, p. 2).

Além disso, ao transformar o cotidiano a(o) assistente social está realizando mudanças nas condições, meios e instrumentos que são dados pelas instituições empregadoras, e criando suas próprias condições, meios e instrumentos para alcançar os objetivos profissionais. Com isso, a(o) assistente social está instrumentalizando suas ações.

Ademais, a instrumentalidade também é uma mediação constitutiva da profissão, para um Serviço Social crítico e competente a partir do momento que auxilia na execução das atividades dos profissionais que ultrapassam os instrumentos de trabalho. No ensejo, a

mediação no exercício profissional da(o) assistente social desenvolve com compreensão sobre a profissão, e o cotidiano, este sendo contraditório e em constante mudança.

Vale ressaltar, que vislumbrar a instrumentalidade como mediação significa tomar o Serviço Social como totalidade constituída de múltiplas dimensões: técnico-instrumental, teórico-intelectual, ético-política e formativa (Guerra, 1997). E a instrumentalidade como o campo de mediações em que se articulam determinadas dimensões que se traduzem em respostas profissionais. A instrumentalidade faz parte da mediação, da cultura profissional.

Ademais, cabe problematizar que um dos desafios da atuação da EAP/SE é a solicitação de cessação de periculosidade que alguns juízes requerem que a equipe realize, que consiste em um exame pericial que se propõe avaliar se o paciente ainda apresenta perigo ou risco para a sociedade. Vale pontuar que esse instrumento acompanha uma perspectiva não condizente com a atenção psicossocial, desconsiderando a integralidade do sujeito. Assim, o trabalho da EAP em Sergipe é de avaliar o contexto biopsicossocial do transtorno mental para formular estratégias junto às políticas públicas de desinstitucionalização.

Pensar a atuação da(o) profissional do Serviço Social é essencial na EAP, visto que a(o) assistente social intervém não apenas nas expressões da questão social vivenciadas pelos sujeitos com transtornos mentais em conflito com a lei, mas também nas relações sociais que fazem parte do seu cotidiano, o que será analisado mais adiante. Na obra de Marilda Vilela Iamamoto "Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional" a autora explica o trabalho da(o) assistente social no cenário contemporâneo, desdobrando os desafios e as perspectivas da profissão, um marco na literatura do Serviço Social no Brasil.

> O Assistente Social tem sido historicamente um dos agentes profissionais que implementam políticas sociais, especialmente políticas públicas. Ou, nos termos de Netto (1992), um executor terminal de políticas sociais, que atua na relação direta com a população usuária. Mas, hoje, o próprio mercado demanda, além de um trabalho na esfera da execução, a formulação de políticas públicas e a gestão de políticas sociais (Iamamoto, 2000, p. 20- 21).

Responder às requisições profissionais é um desafio, principalmente para a(o) assistente social. Iamamoto e Carvalho (1982), a partir das contribuições da teoria social de Marx, analisam o Serviço Social no que tange o processo de produção e reprodução das relações sociais capitalistas, particularizando sua inserção na divisão social e técnica do trabalho e reconhecendo a(o) assistente social como trabalhador(a) assalariado(a). Esse

assalariamento impacta nas condições objetivas e subjetivas[19] do exercício laboral desta(e) profissional.

Segundo pesquisa elaborada pelo Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getúlio Vargas (2023), os dados do segundo trimestre de 2023 indicam que as(os) assistentes sociais ficam em quinto lugar como profissionais menos remunerados, com estimativa de remuneração em R$3.078,00, isso reflete os desafios na valorização de profissionais essenciais para o desenvolvimento social do país. Além de refletir que essa desvalorização na profissão advém da divisão social, sexual e racial do trabalho, visto que é uma profissão historicamente feminina, que tem relação com o papel sexual atribuído às mulheres do "cuidado", sendo um trabalho precarizado e subalterno sem prestígio e reconhecimento social. No documento elaborado pelo CFESS: Perfil de assistentes sociais no Brasil: formação, condições de trabalho e exercício profissional, cerca de 41.083 profissionais, ou seja, 92,92%, se identificam com o gênero feminino, enquanto 3.083 destes, ou 6,97%, têm identificação com o sexo masculino. “Outras expressões de Gênero”, diferentes das anteriores, foi a resposta de 46 Assistentes Sociais, correspondendo a 0,10% (CFESS, 2022, p. 23).

Em relação a pertença étnico-racial, as(os) profissionais se auto reconhecem como de cor/raça preta/negra/parda com 22.255 registros, o que representa 50,34% das(os) participantes. Em sequência as(os) profissionais autodeclaradas(os) brancas(os) com 20.771, ou seja, 46,98%. As/os Assistentes Sociais de raça/cor amarela vêm em seguida, com 819 registros (1,85%), seguido de indígenas, com 140 pessoas (0,32%). Outra cor/raça sem identificação específica registrou 227 ocorrências, correspondendo a 0,51% (CFESS, 2022, p. 30). Nesse contexto, cabe identificar e analisar as particularidades da precarização do trabalho de assistentes sociais na Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Práticas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei em Sergipe. Diante disso, segue dados do perfil das categorias profissionais que se fazem presente na equipe multidisciplinar.

[19] Guerra (2007) ao mencionar sobre a atuação de assistentes sociais, cita que existem condições objetivas e subjetivas que perpassam o trabalho destes profissionais. As condições objetivas estão relacionadas à matéria, são condições postas na realidade material, como o próprio trabalho do(a) assistente social que é realizado em condições dadas pelas instituições empregadoras. As condições subjetivas estão relacionadas ao sujeito, sua competência de qualificação para atender as requisições profissionais, o preparo técnico, ético e metodológico, referenciais metodológicos e políticos que são utilizados no processo de trabalho.

Quadro 4- Perfil das profissionais que compõem a EAP em Sergipe[20]

Cargo	Carga Horária	Vínculo de Contratação	Quantidade	Remuneração	Sexo
Assistente Social	20 hrs	Processo Seletivo	02	R$1.499,80	Feminino
Coordenadora	20 hrs	Cargo Comissionado	01	R$? (Não informado)	Feminino
Enfermeiras	20 hrs	Processo Seletivo	03	R$1.871,88	Feminino
Médicas	20 hrs	Processo Seletivo	03	R$3.840,65	Feminino
Psicólogas	20 hrs	Processo Seletivo	04	R$1.499,80	Feminino

Fonte: Autoria própria, 2025.

No ano de 2025 foi constatado que existem apenas duas assistentes sociais na EAP em Sergipe, essas profissionais foram contratadas por meio do último processo seletivo de contratação de profissionais de saúde para o sistema prisional da Fundação Estadual de Saúde (FUNESA), segundo o edital nº02/2022[21] A carga horária é de 20hrs semanais para assistente social e a remuneração é de 1.499,80 (mil quatrocentos e noventa e nove reais e oitenta centavos). Essas informações respaldam a presença da desvalorização salarial da categoria e a precarização das formas de contratação, em que há a necessidade dessas profissionais desenvolverem 2 ou 3 vínculos trabalhistas para garantir a sua subsistência. Além da sobrecarga de trabalho evidenciada, por serem apenas duas assistentes sociais para atender uma demanda estadual de 487 pessoas em acompanhamento, o que dificulta o trabalho destas profissionais e impactam na sua instrumentalidade.

Dessa forma, verifica-se a necessidade de intervenção dos órgãos representativos da categoria profissional, como o Conselho Regional de Serviço Social de Sergipe para fazer

[20] A EAP/SE por meio da coordenadora do setor informa que não tem dados relativos à cor/raça/etnia das profissionais que atuam na equipe, nem informações sobre se os trabalhadores têm pós-graduação de nível lato sensu ou stricto sensu, o que deixa uma lacuna da pesquisa referente a essas informações.

[21] Edital Nº 02/2022 da Fundação Estadual de Saúde (FUNESA) vinculada a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, processo seletivo de contratação de profissionais de saúde para o sistema prisional: https://www.funesa.se.gov.br/wp-content/uploads/2022/02/EDITAL-02-2022-VERSAO-OFICIAL-PSS-SISTEMA-PRISIONAL-em-09-08.pdf

enfrentamento a essa desvalorização da categoria e pressionar a gestão para a realização de concursos públicos e não deixar a cargo das profissionais o papel de enfrentamento a essa precarização, para os(as) profissionais terem um cargo público efetivo e com melhores condições salariais. A ausência de um piso salarial nacional para a(o) assistente social é um dos pontos que também determinam essa desvalorização.

Nesse contexto, cabe problematizar que não existe apenas uma divisão social e técnica do trabalho, mas sim, sociossexual e racial do trabalho, a qual se consubstanciam nas expressões do capitalismo, do patriarcalismo e do racismo. Autoras como Hirata (2010) trazem que é possível entender alguns paradoxos do trabalho das mulheres na era da acumulação flexível, esse trabalho sociossexual é racializado, visto que entre as mulheres também existe uma hierarquização que está atrelada a poderes e acessos, sendo as mulheres pretas aquelas que estão mais vulnerabilizadas. Diante disso, apesar de não constar dados relacionados a raça/cor/etnia das assistentes sociais que estão na EAP/SE, entende-se que grande parte das profissionais a nível nacional se autodeclaram preta/negra/parda, de acordo com levantamento do CFESS em 2022, o que comprova a existência de não apenas a divisão sexual do trabalho, mas sim também racial, em que as mulheres negras estão suscetíveis a menor remuneração no mercado de trabalho.

Gonzalez (1984) relata que o racismo e o sexismo violam os direitos das mulheres negras. Ela problematiza como a sociedade naturaliza essa violência contra corpos de mulheres pretas, e destinam essas mulheres ao lugar da servidão. Nesse sentido, podemos dizer que há uma simbiose entre a esfera produtiva e reprodutiva que faz com que a perpetuação dessa subalternização esteja presente no mundo do trabalho e nas relações sociais e familiares, o que leva aos acessos e oportunidades diferenciadas entre as mulheres (Nogueira; Passos, 2020, p. 1- 2).

> O patriarcado não se resume a um sistema de dominação, modelado pela ideologia machista. Mais do que isto, ele é também um sistema de exploração. Enquanto a dominação pode, para efeitos de análise, ser situada essencialmente nos campos político e ideológico, a exploração diz respeito diretamente ao terreno econômico (Saffioti, 1987, p. 51).

Essa divisão sociossexual e racial está imbricada nas esferas produtivas e reprodutivas, são elas que determinam a desigualdade de classe, raça e de gênero em todo o processo histórico, que antecede ao próprio sistema capitalista. Logo, é relevante destacar que mesmo com o fim do capitalismo a desigualdade racial e de gênero ainda se encontrariam na

sociedade, uma vez que o patriarcalismo e racismo também estão na esfera de reprodução, assim como o capitalismo, sendo uma construção social, cultural e histórica.

Kergoat (2010) ao citar a divisão do trabalho, ressalta que este é composto por uma tripla dimensão: de classe, de gênero e origem. Nesse sentido, compreende-se a sociedade em termo de relações sociais, uma relação social é uma relação antagônica entre dois grupos sociais distintos que vivem em processo de disputa, ou seja, é uma relação conflituosa. A autora menciona a existência de relações sociais de sexo, na qual as mulheres estão circunscritas em uma divisão sexual do trabalho, em que desenvolvem diversos tipos de trabalho ao mesmo tempo, sendo um deles sem remuneração - o trabalho não pago, conhecido como o trabalho doméstico.

Ademais, as relações sociais são consubstanciais, fazem parte de um nó que não pode ser desatado a partir das práticas sociais, mas sim na análise sociológica. Nesse ínterim, as relações sociais são coextensivas, desenvolvem-se através de relações de classe, gênero e raça, estão sempre se reproduzindo e co-produzindo no cotidiano. Por exemplo, a inserção da mulher no mercado de trabalho aumenta, porém essas mulheres ainda continuam recebendo baixos salários, mesmo que desempenhem funções das quais os homens também exercem com uma remuneração consideravelmente melhor, porém as mulheres ainda ficam submetidas ao trabalho doméstico. O capitalismo tem a necessidade de uma mão de obra flexível, por isso o trabalho doméstico realizado por mulheres tem a função de livrar os homens de realizarem determinadas atividades, e as mulheres da alta sociedade passam o trabalho doméstico para outras mulheres, sendo estas periféricas e pobres.

Consequentemente analisa-se que essa precarização advém da divisão social, sexual e racial do trabalho, em que profissões historicamente femininas não têm reconhecimento e nem prestígio social e remuneratório, vê-se em consonância com a tabela a baixa remuneração das profissionais que são mulheres que compõem a EAP e que exercem profissões majoritariamente femininas, menos a medicina - profissão historicamente masculina e com condições melhores salariais, e de reconhecimento - enquanto isso profissionais do Direito do Sistema de Justiça, composto em grande parte por homens que ocupam cargos como defensores públicos, juízes, promotores de justiça e desembargadores têm remunerações altas, o que reflete a desigualdade salarial entre homens e mulheres.

No campo do Serviço Social, existe o Projeto de Lei nº 1827/2019 que dispõe sobre o piso salarial da(o) assistente social para uma jornada de 30 horas, com a remuneração de R$5.500,00, que teve parecer favorável no dia 31 de maio de 2024 na Comissão de Previdência, Assistência Social, Infância, Adolescência e Família (CPASF) da Câmara dos

Deputados, mas que ainda não foi aprovado, a ausência de um piso nacional para a categoria é emblemática e facilita para as instituições empregadoras estabelecerem quadro remuneratório baixo para as(os) assistentes sociais.

Outras categorias como a das psicólogas se encontram na mesma situação, conforme o edital citado, a remuneração e a carga horária das psicólogas é a mesma das assistentes sociais, apenas as profissionais da enfermagem que a remuneração é diferente, sendo de R$ 1.871,88 (mil oitocentos e setenta e um reais e oitenta e oito centavos) e a da médica psiquiatra e clínico geral que chega a R$ 3.840,65 (três mil oitocentos e quarenta reais e sessenta e cinco centavos), sendo da medicina duas médicas com experiência em saúde mental e uma psiquiatra.

Vale mencionar que essas profissionais trabalhavam em outros equipamentos como na Unidade de Custódia Psiquiátrica, Presídio Feminino, Cadeião, Presídio semiaberto de Areia Branca, Presídio Regional Senador Leite Neto e Secretária de Estado da Justiça e Defesa do Consumidor (Equipe/Suporte), e foram encaminhados para a EAP em agosto de 2023, em razão da necessidade de uma equipe técnica para trabalhar com as pessoas com transtornos mentais em conflito com a Lei.

A EAP/SE não está no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde justamente por faltar um profissional dentro da equipe, com formação em ciências sociais, ciências humanas (sem contar Psicologia) ou saúde (sem contar a Medicina), alguns estados têm antropólogos compondo a equipe, sempre depende das requisições demandadas pela população. Diante disso, a equipe não está de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde de nº 4.874 de 2024.

Diante disso, é importante problematizar a hierarquização do conhecimento no espaço sócio-ocupacional de trabalho. O saber médico é sobreposto como o mais importante e, por isso, profissionais como as(os) assistentes sociais tem o seu trabalho sendo impactado pela desvalorização. O trabalho da EAP com as pessoas com transtornos mentais que estão em conflito com a lei por suceder no âmbito das audiências de custódia e esse espaço já ser hierarquizado por profissionais do Direito, principalmente pelo magistrado, o profissional de Serviço Social necessita saber mediar as relações de forças a fim de posicionar-se e defender como entende a realidade social e quais as estratégias de intervenção frente ao conjunto das desigualdades sociais, raciais e de gênero que perpassam a vida destes sujeitos que estão em conflito com a lei.

> Embora regulamentado como uma profissão liberal na sociedade, o Serviço Social não se realiza como tal. Isso significa que o assistente social não detém todos os meios necessários para a efetivação de seu trabalho: financeiros, técnicos e humanos necessários ao exercício profissional autônomo (Iamamoto, 2000, p. 57).

Nesse contexto, pensar o trabalho profissional da(o) assistente social na conjuntura atual é entender que o profissional está inserido na divisão social do trabalho - conforme aponta Iamamoto (2000), mas não apenas social e sim sexual e racial do trabalho, por isso tem uma autonomia relativa por não deter os meios de produção, justamente por depender das instituições empregadoras para a realização de suas atividades. Com isso, compreende-se que o exercício profissional tem particulares em cada espaço sócio-ocupacional, uma vez que os empregadores da categoria sendo o maior empregador o Estado (Poder Executivo, Poder Judiciário…) têm suas particularidades, e a(o) assistente social precisa saber mediar as correlações de forças para que seu exercício profissional esteja de acordo com o projeto ético-político da profissão.

> A própria implementação das políticas sociais também é um jogo complexo de conflitos e tensões, que envolve diferentes protagonistas, interesses, projetos e estratégias, onde são requisitadas a presença e a intervenção de diferentes categorias profissionais, que disputam espaços de reconhecimento e poder no interior do aparelho institucional (Raichelis, 2010, p. 755).

No ensejo, assistentes sociais que estão na EAP/SE apesar da equipe ser da Secretaria de Estado da Saúde o seu trabalho é no Sociojurídico, sendo esse espaço um lugar contraditório. O CFESS (2014) menciona que quando é compreendido o universo jurídico nas relações sociais, a prática da(o) assistente social no sociojurídico não pode abrir mão da realização das mediações entre as situações concretas no cotidiano e a realidade social. A ação profissional deve estar articulada, planejada e corresponsabilizada com os gestores públicos que se encontrem na ação terminal das políticas do território, com o direcionamento de romper com a "ordem das coisas" e com a reprodução de desigualdades seja de gênero, raça e classe. Sendo assim, é primordial que a(o) profissional do Serviço Social da EAP/SE exerça suas atividades analisando a vida social da população ultrapassando as aparências para não reproduzir violações aos direitos desses sujeitos com transtornos mentais que estão no sistema de justiça, e de suas famílias que também tem direitos e não apenas deveres.

O conhecimento produzido pelo assistente social na EAP é utilizado para subsidiar a construção do PTS nos equipamentos de saúde mental como o CAPS, SRT e etc - que também tem o assistente social na equipe profissional, o projeto terapêutico singular é uma

ferramenta de trabalhar ações para o desenvolvimento social e de saúde mental desses sujeitos que estão em conflito com a lei para potencializar a autonomia e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

Nesse sentido, é importante um olhar crítico para que nesse projeto sejam executadas ações que atendam às necessidades desses sujeitos, principalmente um trabalho que envolva o delito que foi cometido, que perante os dados vê-se que estão relacionados a violência no âmbito familiar, como a violência doméstica que afeta mulheres, crianças e idosos, justamente para um trabalho integral e que não responsabilize as famílias pelo cuidado desses sujeitos, é preciso cuidado com a perspectiva familista que desresponsabiliza o Estado e culpa/atribui a demanda para a família em seu papel do cuidado.

4.4 As práticas terapêuticas no Serviço Social, a participação da(o) assistente social na elaboração do Projeto Terapêutico Singular como potencializador da desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais em conflito com a Lei

Desde o final dos anos de 1990 a pauta sobre práticas terapêuticas no Serviço Social estava presente na agenda da profissão, nesse momento o conjunto CFESS/CRESS debatia sobre as atribuições privativas e competências profissionais. Na gestão do CFESS de 1996-1999 e 1999-2002 o tema sobre ações terapêuticas ganharam notoriedade na categoria, assim, originou-se a publicação "Atribuições Privativas da(o) Assistente Social em Questão", um importante passo para a afirmação da profissão na sociedade brasileira.

A gestão 2002-2005 do CRESS da 7ª Região do Rio de Janeiro realizou debates em 2002 sobre as ações terapêuticas, o que resultou em duas brochuras que foram publicadas em 2003, sendo elas: "Serviço Social Clínico e o projeto ético-político profissional" que em 2004 foi intitulado de Atribuições Privativas do Assistente Social e o "Serviço Social Clínico". Essas brochuras são importantes haja vista a necessidade de debater em que ponto essas ações terapêuticas se encaixam nas atribuições privativas e competências técnicas da(o) assistente social, e se condizem com o projeto ético-político da categoria.

Algumas assistentes sociais reivindicam a atuação em práticas terapêuticas como especialidade da profissão. As(os) profissionais que estão inseridas(os) nesses espaços, percebem a insuficiência de paradigmas para trabalhar com a subjetividade, a defesa do

pluralismo, a convergência entre a clínica e o político, e o reconhecimento do caráter terapêutico no exercício profissional.

A assistente social Sonia Beatriz Sodré Teixeira, que desenvolve prática clínica no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro afirma que:

> os assistentes sociais clínicos têm as suas práticas voltadas para o atendimento de indivíduos, grupos, famílias que, por diversas razões, não tiveram suas necessidades atendidas, sofrem psiquicamente e vivem em situações concretas de exclusão e abandono. São constantemente solicitados para intervirem nos conflitos familiares, nos conflitos comunitários e interpessoais, em situações que envolvem crianças e adolescentes desprotegidos ou desfavorecidos. Também atuam nas questões de dependência química, de abuso sexual, de violência doméstica, nos campos da saúde, da educação, da reabilitação, no campo sociojuridico, empresas e tantos outros (Teixeira, 2004, p. 25).

A partir da fala de Teixeira, observa-se que o objeto de trabalho profissional das práticas terapêuticas demarca alguns pontos como a reintegração social, a ação com indivíduos, grupos, famílias em situações de crise, de sofrimento psicossocial, de risco pessoal e/ou social, pessoas com transtornos mentais, dependentes químicos, idosos, indivíduos em situação de desânimo, medo, desespero, angústia, estresse devido a transições da vida, depressão. Entretanto, verifica-se uma confusão no objeto de trabalho, isso acontece pela ausência de compreensão de quem é o público usuário da ação das práticas terapêuticas.

As respostas profissionais são postas considerando apenas os conflitos pessoais que a população vivencia, sem articular com as relações sociais que esse sujeito tem com o mundo, relações que são permeadas por sistemas de opressão e dominação e as manifestações da questão social, na sociabilidade capitalista. Com os dados dos delitos mais cometidos pelas pessoas que cumprem medidas de segurança em Sergipe, que são acompanhadas pela EAP, percebe-se que é primordial no PTS trabalhar as relações sociais, uma vez que a violência doméstica é um dos delitos mais cometidos. Mas, é importante mencionar que não se deve generalizar, nem todas(os) as(os) assistentes sociais seguem essa perspectiva conservadora.

Os(as) assistentes sociais trabalham, certamente, com famílias, mas o fazem em um âmbito e com uma perspectiva distinta do psicólogo. É trabalhado com famílias atuando no processo de viabilização dos direitos e dos meios de exercê-los. Requer considerar as relações sociais e a dimensão de classe, raça e gênero que as conformam, sua caracterização socioeconômica, as necessidades sociais e os direitos de cidadania dos sujeitos envolvidos, as expressões da questão social que se condensam nos grupos familiares, as políticas públicas e o aparato de prestação de serviços sociais que as materializam etc. A dimensão

“psi” tem, na divisão técnica do trabalho, outras áreas profissionais, legal e academicamente habilitadas para atuarem nesse campo (Iamamoto, 2004, p. 39).

Iamamoto (2004) respalda que o trabalho da(o) assistente social não é apenas nas relações do cotidiano, exclusivamente do universo intrafamiliar, essa dicotomia da relação entre homem-meio é do Serviço Social com abordagens clássicas. No Serviço Social brasileiro a direção psicologizante na área da saúde mental vem se desvelando, afirmando o retorno do conservadorismo.

O CFESS (2008) traz que essas práticas psicologizantes surgem em razão da realidade e as demandas no cotidiano exigirem referenciais analítico-interventivos, por isso os(as) assistentes sociais estão se encaminhando ao modo acrítico, distanciando-se das bases do Serviço Social e buscando disciplinas "clínicas" como a psicanálise e a terapia de família. Os assistentes sociais que não têm domínio teórico-metodológico não conseguem realizar uma leitura crítica da realidade social, e nas suas atividades podem ser tomados pela dúvida e incerteza. Com isso, podem desenvolver posturas que estão interligadas ao cuidado terapêutico desconectado do projeto profissional, ou seja, cai em armadilhas com a presença de um projeto psicologizante.

> As chamadas práticas terapêuticas, ao englobarem valores, metodologia e prática voltadas para a perspectiva pessoa-situação-ambiente, utilizam instrumentais técnico-operativos como diagnóstico, plano de tratamento psicossocial, atendimento individualizado, anamnese social, acompanhamento, visitas domiciliares, hospitalares e institucionais, anotações em prontuários, entrevistas, testes específicos, relatórios, grupo, oficinas terapêuticas, supervisão clínica, encaminhamentos para especialistas, terapia comunitária, terapia de orientação sistêmica, estudo trigeracional, utilização de vivências (danças, exercícios, caminhadas, relaxamento, etc.). Vistos desse modo, não se pode depreender que isso lhe confere por si só uma perspectiva conservadora, uma vez que o uso dos instrumentais não pode ser analisado fora de toda a estatura teórico-conceitual e ético-política que lhes envolve e direciona (CFESS, 2008, p. 13).

Rodrigues (2002) entende que os traços conservadores do "Serviço Social Clínico" naturalizam as desigualdades sociais que permeiam o cotidiano das pessoas, e maquiam as questões de ordem burguesa, patriarcal, racial e etc. Logo, afasta o trabalho profissional do significado da profissão.

Desse modo, quando é analisado o exercício profissional da(o) assistente social, é preciso não apenas pensar no que a(o) profissional faz, mas é indubitável analisar o que a(o)

assistente social pensa sobre o que ele/ela faz, e em qual relação está inscrito. Nesse sentido, a atuação é voltada a explicar, interpretar, analisar a sociedade, os sujeitos, a posição profissional, articulando com as dimensões constitutivas da profissão que tem aparato histórico, ético, técnico, pedagógico e investigativo.

> A dimensão subjetiva não é negada no trabalho do assistente social. Mas não é atribuição privativa, nem tampouco competência deste profissional, realizar um trabalho terapêutico, fazendo da "psi" e da clínica, a base da sua intervenção profissional, não encontrando respaldo no estatuto legal da profissão e no arcabouço teórico metodológico consolidado nas últimas décadas (CFESS, 2008, p. 16).

Nesse contexto, é imprescindível que a(o) assistente social entenda que práticas terapêuticas não devem estar focadas no indivíduo a partir das abordagens psicologizantes, mas sim compreender que existem relações sociais e desigualdades sociais, as quais fazem parte do processo sócio-histórico da sociedade que afetam o cotidiano da população, e a sua atuação deve partir dessas questões. Esse entendimento é essencial uma vez que assistentes sociais fazem parte da construção de Projetos Terapêuticos Singulares, como é o caso da EAP que auxilia os equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial a construírem PTS das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei como estratégia de desinstitucionalização.

O Projeto Terapêutico Singular, em conformidade com o modelo em anexo neste Trabalho de Conclusão de Curso, é utilizado para acompanhar o tratamento do cuidado em saúde mental. Esse projeto é elaborado por uma equipe interdisciplinar para um sujeito individual ou coletivo. Ademais, não apenas a equipe de saúde mental constrói o PTS, mas sim o sujeito e sua rede familiar, assim promovendo sua autonomia e fortalecendo a convivência familiar e comunitária. O PTS considera as especificidades e potencialidades de cada pessoa, assim como os recursos dos quais o sujeito dispõe, juntamente com aqueles viabilizados, seja por meio da RAPS ou através da interlocução com outras esferas das políticas públicas.

A estrutura de um Projeto Terapêutico Singular é formada por quatro diferentes momentos: o diagnóstico, a definição de metas, a divisão de responsabilidades e a reavaliação. Diante disso, o diagnóstico é formulado com base em avaliação biopsicossocial detalhada, que verifique e possibilite a identificação dos riscos e vulnerabilidades do usuário (Brasil, 2007). Nesse sentido, leva em consideração a forma como o sujeito lida com as

adversidades, desejos, interesses, questões relativas à moradia, renda, trabalho, cultura, família, rede de apoio e fatores de proteção (Brasil, 2013).

A implementação de metas é feita após o diagnóstico, podendo ser de curto, médio e longo prazo, as quais serão acordadas com o sujeito pelo profissional com quem tiver o melhor vínculo. Em seguida, é firmada a divisão de responsabilidades no que tange a indicação precisa das tarefas de cada um. Em última instância, tem uma reavaliação através da qual são realizadas discussões sobre a evolução, a adequação do PTS e eventuais mudanças que sejam entendidas como necessárias (Brasil, 2007).

O alinhamento das expectativas de modo que as intenções do profissional estejam de acordo com as demandas do usuário, demandas essas que estejam de acordo com as necessidades sociais do sujeito é relevante justamente para que o PTS seja eficaz. Outro ponto importante é o reconhecimento da equipe quanto às limitações e dificuldades dos casos, podendo requerer ajuda de outros setores, sempre que necessário (Brasil, 2013). O PTS não pode ser hierarquizado na sua elaboração, observa-se a importância de horizontalização dos conhecimentos entre as diversas matérias dos profissionais que constroem esse projeto, seja em matéria de Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, Medicina etc.

O PTS apesar de pouco explorado em relação às pessoas com transtornos mentais cumprindo Medidas de Segurança, é considerado primordial na definição de estratégias de cuidado e dos atores envolvidos. Esses sujeitos apresentam diversas vulnerabilidades que precisam ser identificadas e problematizadas, como a violação de direitos fundamentais como os direitos humanos, questões relacionadas ao encarceramento, presença de transtornos mentais e uso de álcool e outras drogas, conflitos familiares, redes e serviços setoriais e intersetoriais das políticas sociais envolvidas no cuidado à saúde mental (Aragaki, 2021).

Sendo assim, vê-se o Projeto Terapêutico Singular como potencializador no cuidado em saúde mental da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, com foco na oferta de tratamento adequado seja farmacológico ou não, estratégias de desinternação progressiva, ressocialização e manutenção dos vínculos familiares e sociais, que são importantes no processo de reabilitação psicossocial desses usuários e no retorno destes ao território de forma segura. Essas observações se amparam em estudos sobre a participação dos familiares os quais mostram a necessidade do investimento das relações entre familiares e profissionais (Martins; Guanaes-Lorenzi, 2016), atuando, inclusive, na produção de uma maior corresponsabilidade dos familiares (Carvalho *et al*., 2020). Porém, essa corresponsabilização não pode ser direcionada no sentido de obrigar a família a manter vínculo com essas pessoas,

justamente quando os delitos cometidos estão relacionados à violência doméstica e houve rompimento dos vínculos familiares. Logo, é necessário vislumbrar essas questões para que o familiar não sofra violência secundária.

Os autores Magno e Boiteux (2018) realizam alguns apontamentos, os quais direcionam o PTS como elemento da interação da política pública penitenciária no contexto da Medida de Segurança e a política pública de saúde mental no SUS. Com isso, o sistema de justiça conhece a realidade social do usuário e as sanções penais serão aplicadas de forma condizente com cada caso, respeitando as singularidades dos usuários. A partir do PTS, é possível traçar estratégias de enfrentamento à periculosidade e de garantia de que a pessoa será acolhida e inserida em equipamentos de saúde extra-hospitalares, cumprindo o disposto na Lei Antimanicomial 10.216/2001 (Magno; Boiteux, 2018).

Logo, o Projeto Terapêutico singular é um método revolucionário no cuidado dessas pessoas, justamente por aproximar o paciente, profissionais e familiares que juntos constroem o PTS, assim fortalecendo os vínculos familiares e desmistificando o papel dos serviços de saúde mental seja o CAPS, Hospital Psiquiátrico, ambulatórios etc., que são unidades de referência em saúde mental estigmatizados como lugar para “loucos” e não como lugar de cuidado em saúde mental.

Além disso, pela presença da cultura enraizada na sociedade sobre o louco que cometeu um crime, vê-se a necessidade de ações educativas que são meios de transformação social para trabalhar na desconstrução desse preconceito/estigma, visto que esse processo não fica apenas no âmbito das instituições de saúde mental e encaminhamentos. Logo, é primordial a articulação com os movimentos sociais de saúde mental para que o trabalho em rede seja realizado coerentemente, seja na defesa dos direitos desses sujeitos os aproximando da comunidade, quanto na defesa por políticas públicas de qualidade e na valorização das equipes técnicas que executam essas políticas sociais.

Para além de focar na desconstrução desse estigma, é necessário trabalhar com os delitos que foram cometidos por esses sujeitos no Projeto Terapêutico Singular, sendo homens em sua grande maioria, que são violentados pelo Estado e violentam outros sujeitos, principalmente mulheres, por isso é importante o exercício profissional da(o) assistente social com enfoque nas particularidades das relações sociais, visto que esses delitos são questões que fazem parte de uma estrutura patriarcal do processo sócio-histórico da sociedade, sendo assim é primordial o debate sobre a questão de gênero e raça, e não apenas o viés de classe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa de caráter exploratória teve como objetivo analisar a política antimanicomial no Poder Judiciário brasileiro, bem como os desafios de sua implementação no sistema de justiça. Adicionalmente, buscou-se compreender o processo de trabalho da(o) assistente social na Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) em Sergipe.

Os resultados obtidos evidenciam que, apesar da Luta Antimanicomial, impulsionada pelos Movimentos de Trabalhadores da Saúde Mental e da Luta Antimanicomial, que transformaram a relação da sociedade com as pessoas com transtornos mentais, e da conquista da Reforma Psiquiátrica por meio da Lei 10.216/2001, que reconfigura a saúde mental como direito social e prevê tratamentos em conformidade com os direitos humanos, a onda neoliberal fragmentou a política de saúde mental. Esse sistema, sob a lógica de que a crise mundial era decorrente do mau funcionamento do Estado, impulsionou a criação do terceiro setor para assumir a responsabilidade pela assistência à população. Consequentemente, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi mercantilizado e os serviços assistenciais e terapêuticos foram terceirizados, cenário que se acentuou durante o governo de Fernando Henrique Cardoso.

Nos dois primeiros mandatos do governo Lula, a saúde não foi priorizada, mas houve ações de ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por meio do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, com o propósito de promover a humanização e o acolhimento de pessoas que utilizam serviços de saúde mental e a desospitalização. Nos governos Dilma I e II, as políticas sociais não trouxeram inovações significativas, em um contexto em que o Brasil era impactado pela crise internacional de 2008. O neodesenvolvimentismo presente na gestão buscava o crescimento econômico sem romper com o neoliberalismo, resultando em alguns avanços, como a centralização dos serviços de saúde para os municípios, a ampliação do acesso à saúde, e a expansão de recursos humanos e tecnologias. Dentre as iniciativas relevantes, destaca-se a promulgação da Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional em 2014. Contudo, o SUS continuava a enfrentar desafios para garantir o acesso universal, aumentar o financiamento e modernizar seu modelo de atenção. O mandato de Dilma foi marcado pela expansão do setor privado e pelo subfinanciamento estatal, exemplificado pela

inclusão das Comunidades Terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em 2011, o que contraria os princípios da Reforma Psiquiátrica e reafirma a refilantropização dos serviços de saúde mental.

A assistência em saúde mental em liberdade foi seriamente ameaçada a partir de 2016, com o retrocesso da Política de Saúde Mental e a defesa de hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas e equipamentos da RAPS voltados ao internamento. Entre 2017 e 2020, as Comunidades Terapêuticas receberam cerca de R$560 milhões em verbas. Essa negligência estatal na política de saúde mental é evidente na transferência de responsabilidade para o terceiro setor, que passou a atender as demandas de pessoas com transtornos mentais e de usuários de substâncias psicoativas, enquanto os investimentos na política de saúde mental continuam focalizados.

No governo de Michel Temer, a onda ultraneoliberal se manifestou em expressões ultraconservadoras. A Portaria nº 3.588/2017 criou uma modalidade de CAPS AD IV, com funcionamento 24 horas, mas com a finalidade de facilitar a internação compulsória. Outras portarias, como a de nº 3.558/2017, foram sancionadas sem debate público, ferindo o controle social e a participação popular. Essa portaria previa um aumento na diária de internação de hospitais psiquiátricos e ampliava de 15% para 20% o número de leitos nessas instituições privadas e filantrópicas. A Portaria nº 32/2017 ampliou as Comunidades Terapêuticas, com investimentos de até R$200 milhões por ano, em contraste com os cerca de R$32 milhões destinados aos equipamentos da RAPS. Tais medidas confirmam a transferência de responsabilidade para o setor privado, com a consolidação de novos conglomerados de hospitais e clínicas psiquiátricas.

O subfinanciamento do SUS se intensificou no governo Temer, com a aprovação da Emenda Constitucional do Teto de Gastos Públicos (EC 95), processo que se manteve no governo Bolsonaro. Embora o Ministério da Saúde tenha negado o financiamento de Comunidades Terapêuticas até 2019, o Conselho Nacional de Saúde (2024) afirma que o governo repassou cerca de R$70 milhões a essas instituições por meio de contratação de leitos do Fundo Nacional Antidrogas. A gestão de Bolsonaro também atacou a Política Nacional de Saúde Mental com a Nota Técnica nº 11/2019, que desconstruiu a reforma psiquiátrica ao reforçar o papel dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), a internação de crianças e adolescentes, a ênfase na eletroconvulsoterapia e a condenação da redução de danos. Outro retrocesso foi o Decreto Presidencial nº 926/2019, que excluiu vagas para

especialistas e representantes da sociedade civil no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), silenciando a opinião técnica de profissionais e de movimentos sociais que defendem a reforma psiquiátrica. Em Sergipe, essa prática se refletiu na reunião realizada pelo Grupo de Monitoramento e Fiscalização (GMF) e pelo Tribunal de Justiça de Sergipe (TJ/SE) sobre a implementação definitiva da política antimanicomial, onde movimentos sociais e profissionais da EAP e da saúde mental não foram convidados a participar e apresentar suas perspectivas sobre a conjuntura estadual e os desafios da desinstitucionalização.

No governo Lula III, houve investimentos na Política Nacional de Saúde Mental para fortalecer a RAPS, com um aumento orçamentário de R$200 milhões, elevando o total anual para R$414 milhões, um acréscimo de 27%. Na 17ª Conferência Nacional de Saúde Mental (PNSM), foi anunciado que seriam construídos 2.855 CAPS e 870 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Em março de 2023, foram habilitados 27 novos CAPS, 55 SRT, 4 Unidades de Acolhimento Adulto e 150 novos leitos em hospitais gerais, além da criação do Departamento de Saúde Mental, em resposta ao desmonte da política de saúde mental nos governos anteriores.

Ainda em 2023, foi criado o Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas, posteriormente renomeado para Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas, vinculado ao Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS). A unidade de "Cuidado e Acolhimento de Usuários e Dependentes de Álcool e outras Drogas" teve o número de leitos financiados reduzido, refletindo a iniciativa do governo federal de romper com essas instituições. O Conselho Nacional de Assistência Social retirou as Comunidades Terapêuticas da lista de organizações reconhecidas pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o que as impede de serem financiadas por esses recursos. No entanto, o governo Lula III continua a destinar recursos a essas instituições, em 2024 100 Comunidades Terapêuticas foram credenciadas por meio do Edital nº 08/2023, com um pagamento de R$38,00 por dia por pessoa atendida. Essa contradição revela que, mesmo com o valor reduzido em comparação aos governos anteriores, o financiamento público ainda é destinado a instituições frequentemente ligadas a grupos religiosos, onde o tratamento viola os direitos humanos, conforme evidenciado por vistorias do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. O relatório anual de 2023 desse órgão aponta graves violações de direitos, como trabalho forçado, condições insalubres, administração inadequada de medicamentos e

internações irregulares, inclusive de adolescentes, além de criticar a falta de supervisão e fiscalização dessas instituições.

A análise da conjuntura dos governos de FHC I e II, Lula I e II, Dilma I e II, Temer, Bolsonaro e Lula III confirma a hipótese de que o desfinanciamento da política de saúde mental impacta diretamente a PNSM. Grande parte dos recursos públicos é direcionada ao terceiro setor, como as Comunidades Terapêuticas. Embora o governo Lula III esteja reestruturando a RAPS e aumentando o investimento, ele age de forma contraditória ao destinar recursos a instituições filantrópicas, compactuando com a lógica da refilantropização da saúde mental, na qual essas entidades se transformam em conglomerados do capital ao acumular dinheiro público e benefícios assistenciais e previdenciários de seus usuários. Essa conjuntura impacta diretamente a Política Antimanicomial, pois as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei necessitam do apoio da RAPS para serem desinstitucionalizadas dos HCTP. Para que o cuidado seja realizado em liberdade, é crucial que a política pública tenha recursos para ampliar os CAPS, SRTs, Unidades de Acolhimento Adulto e Serviços de Urgência Psiquiátrica (públicos), a fim de atender às necessidades dessas pessoas.

Alguns HCTP, como a Unidade de Custódia Psiquiátrica (UCP) de Sergipe, que em 2025 ainda abriga 31 custodiados, deveria ter fechado. No entanto, a fragilidade da RAPS tem prorrogado seu fechamento desde 2023, devido à impossibilidade de desinternar algumas pessoas. O Grupo de Monitoramento e Fiscalização (GMF) de 2025 informou sobre a insuficiência de leitos na unidade de Glória, onde está o Hospital Regional Psiquiátrico, para atender a demanda estadual. Nesse cenário, evidencia-se a necessidade de investimentos na política de saúde mental em Sergipe, como a construção de serviços psiquiátricos de urgência públicos, uma vez que o estado financia empresas privadas, como o Hospital São José e a Clínica São Marcelo, para o pagamento de leitos. É fundamental, também, a criação de mais equipamentos da RAPS no estado e nos municípios, para que o tratamento em saúde mental seja preferencialmente territorial. Além disso, o Poder Judiciário precisa se responsabilizar por esses indivíduos, sem transferir a responsabilidade exclusivamente às políticas públicas e às famílias.

A focalização da política de saúde mental impacta o trabalho da EAP, que é a interface entre o sistema de justiça e as políticas públicas. A reestruturação da política de saúde mental no governo Lula III ainda é um desafio para a aplicação de ações terapêuticas de base

territorial a indivíduos que cumprem medidas de segurança, especialmente devido à superlotação das unidades da RAPS, o que dificulta o processo de desinstitucionalização. Soma-se a isso as condições salariais precarizadas das(os) profissionais. Em Sergipe, por exemplo, as assistentes sociais da EAP recebem R$1.499,00, com péssimas condições de trabalho. Os dados da coordenação da EAP/SE indicam que, idealmente, a equipe deveria ter quatro profissionais, mas possui apenas duas assistentes sociais, com vínculo celetista. Essa carência resulta em sobrecarga de trabalho para atender 487 pessoas em todo o estado, prejudicando a atuação profissional e o exercício interdisciplinar da equipe. É relevante questionar a ausência de intervenção do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS/SE) para pressionar a Secretaria de Saúde do Estado de Sergipe sobre a valorização salarial e a contratação de mais profissionais para a EAP, por meio de concurso público.

A análise das atribuições das assistentes sociais da EAP em Sergipe, descritas na Portaria nº 4.876 do Ministério da Saúde e do fluxo da equipe estabelecido pela Portaria nº 96/2024 do Tribunal de Justiça de Sergipe, revelou que muitas de suas atividades se relacionam à orientação de ações terapêuticas para a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) tem um posicionamento crítico em relação às práticas terapêuticas no Serviço Social. Essas práticas frequentemente se limitam aos conflitos pessoais dos usuários, desconsiderando as relações sociais complexas que os permeiam, marcadas por sistemas de exploração, opressão e dominação, e as manifestações da questão social na sociedade capitalista, patriarcal e racista. Dessa forma, defende-se que a(o) assistente social deve analisar criticamente sua atuação para não se desvincular das atribuições privativas e do projeto ético-político profissional. Além disso, o trabalho em rede deve ser expandido para incluir os movimentos sociais, como o Movimento Popular de Saúde e o LOUCOmotiva em Sergipe, fortalecendo a defesa dos interesses da população que utiliza os serviços de saúde mental.

A necessidade de compreender as relações sociais nas demandas expostas no PTS foi evidenciada pelo perfil dos usuários da EAP/SE. A maioria é do sexo masculino e cometeu delitos como violência doméstica, homicídios, maus-tratos, estelionato e lesão corporal. Tais delitos estão intimamente ligados às relações sociais em sua tríplice dimensão: de classe, raça e gênero, com prevalência das relações de poder sexual. É fundamental trabalhar com esses homens a temática da violência doméstica, que atinge principalmente mulheres, crianças e idosos. O debate precisa ser levado para a comunidade, reconhecendo que essas violências são

parte do processo histórico-social e afetam majoritariamente grupos que são segregados historicamente.

É imprescindível que o CFESS se mobilize para criar um grupo de trabalho que discuta a atuação profissional dos assistentes sociais na EAP, com o objetivo de elaborar um caderno de "subsídios de atuação profissional de assistentes sociais nas Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Práticas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei". Essa publicação seria crucial para promover uma atuação crítica e alinhada ao projeto ético-político da profissão, visto que o CFESS não possui materiais específicos sobre o tema.

A falta de transparência de informações do Tribunal de Justiça de Sergipe e da Secretaria de Estado da Saúde sobre a política antimanicomial foi um dos desafios desta pesquisa. O acesso às portarias e aos procedimentos da EAP/SE só foi possível com a colaboração de profissionais que atuam na Unidade de Custódia Psiquiátrica e na própria equipe da EAP.

A ausência de trabalhos acadêmicos específicos sobre a atuação do assistente social na EAP também foi um obstáculo, assim como a falta de alguns dados sobre o perfil das profissionais da EAP/SE. Informações como cor/raça/etnia, qualificação profissional e faixa etária não foram disponibilizadas, sob a alegação de que a coordenação não tinha acesso a esses dados. As informações disponíveis indicam que as duas assistentes sociais são do sexo feminino e têm baixa remuneração. Isso reforça a perspectiva de que o Serviço Social é uma profissão majoritariamente feminina, circunscrita à divisão social, sexual e racial do trabalho. Os dados do CFESS sobre o perfil nacional dos profissionais corroboram essa realidade, mostrando que a maioria é composta por mulheres autodeclaradas pretas/pardas. No entanto, seria relevante saber a autodeclaração étnico-racial das assistentes sociais da EAP em Sergipe.

Affleck et al. (2018) discutem os padrões de gênero que levam os homens a silenciar questões de saúde, um fenômeno conhecido como "crise silenciosa". A masculinidade hegemônica, que exige que os homens sejam socialmente vistos como viris, os impede de buscar assistência para questões de saúde mental, vista como um "ideário de feminilidade". Essa perspectiva explica por que a maioria das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei são homens, conforme o relatório de informações penais de 2024 e os dados da EAP/SE. Essa observação não busca desresponsabilizar esses homens, mas sim entender as

razões por trás da alta incidência de transtornos mentais neste grupo. Também ressalta a necessidade de que esses indivíduos aceitem o tratamento, já que a não adesão coloca em risco não apenas a si mesmos, mas também suas famílias, frequentemente compostas por mulheres (esposas, mães, filhas, irmãs) que acabam sendo vítimas de violência.

Quanto ao perfil das pessoas acompanhadas pela EAP/SE, informações como cor/raça/etnia, quantidade de delitos por tipo de crime, tempo de internação, estado civil, escolaridade, tempo de tratamento ficaram pendentes. Foi informado apenas os delitos com maior incidência, sem porcentagens ou números concretos. O CFESS (2022) destaca o compromisso do assistente social em coletar esses dados para evidenciar os processos de exclusão de grupos historicamente marginalizados, possibilitando a criação de políticas sociais que atendam às demandas desses segmentos. A ausência desses dados foi um desafio significativo para esta pesquisa.

Os dados sobre sexo e faixa etária dos usuários revelam que são homens entre 19 e 45 anos, provenientes de todos os 75 municípios sergipanos. No entanto, persiste a questão: quem são esses homens? São homens negros, estigmatizados pelo "transtorno mental" e "delito infringido", e racialmente discriminados, sem acesso aos serviços de saúde mental devido à "crise silenciosa"? Se sim, esses dados indicariam a presença de estruturas históricas como o racismo, o que reforça a importância da continuidade de estudos e pesquisas para analisar essas questões.

Em suma, a pesquisa confirma a hipótese sobre a fragilidade da estrutura da PNSM. A hipótese sobre o perfil dos usuários ser de homens negros não pôde ser confirmada devido à ausência de dados de cor/raça/etnia. No entanto, a prevalência de transtornos mentais em homens foi corroborada pela teoria da "crise silenciosa". O impacto dessas questões no trabalho dos assistentes sociais na EAP também foi evidenciado. A fragilidade da política de saúde mental prejudica a atuação desses profissionais, dificultando o processo de desinstitucionalização. O fato de os transtornos estarem ligados a homens que cometeram crimes, como violência doméstica, revela a influência de processos históricos nas relações sociais, em que o patriarcado viola os direitos de mulheres, crianças e idosos.

Dessa forma, o assistente social deve analisar as relações sociais, e não apenas as expressões da questão social, para que seu trabalho seja transformador e alcance a totalidade. Isso evita que as famílias sejam responsabilizadas por manter o convívio com esses

indivíduos. A violência precisa ser abordada no Projeto Terapêutico Singular e levada para a comunidade, reconhecendo-a como uma questão histórica presente nas relações entre sujeito, família e sociedade.

Em Sergipe, a política antimanicomial revela uma correlação de forças entre o Poder Judiciário (TJ/SE) e o Poder Executivo Estadual, que repassa as demandas para às políticas sociais. Essas políticas, por sua vez, não possuem a estrutura necessária para atender os usuários. Isso se reflete no prazo de fechamento da UCP/SE, estipulado pelo TJ/SE para agosto de 2025, que ainda não foi concretizado, pois as pessoas sob medida de segurança não têm um local para serem encaminhadas, demonstrando a precariedade dos serviços de saúde mental no estado e a ineficiência do poder público, que reflete na não efetividade da implementação da política antimanicomial.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. Governo anuncia R$200 milhões para saúde mental em 2023. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-07/governo-anuncia-r-200-milhoes-para-saude-mental-em-2023>. Acesso em: 6 jan. 2025.

ALTINO, Lucas. O GLOBO 100. Criticadas por psiquiatras e incentivadas por Bolsonaro, comunidades terapêuticas para dependentes químicos serão ampliadas pelo governo Lula. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/noticia/2023/09/29/criticadas-por-psiquiatras-e-incentivadas-por-bolsonaro-comunidades-terapeuticas-para-dependentes-quimicos-continuam-no-atual-governo.ghtml?utm_source=chatgpt.com>. Acesso em: 2 fev. 2025.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**/ José Augusto Bisneto. - São Paulo: Cortez, 2007.

BORGIANNI, Elisabete. Para entender o Serviço Social na área sociojurídica. **Serviço Social & Sociedade**, v. Único, p. 407-442, 2013.

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

BRASIL. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT). **Relatório Anual de Inspeção Nacional**. Brasília, 2023. Disponível em: https://mnpctbrasil.wordpress.com/wp-content/uploads/2025/05/relatorio-anual-2023.pdf. Acesso em: 26 de jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 12 out. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 4.876, de 18 de julho de 2024**. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei - EAP-Desinst, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt4876_19_07_2024.html. Acesso em: 03 Jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 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:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 13 dez. 2024.

BRASIL, Conselho Nacional de Justiça. **Resolução n. 487, de 15 de fevereiro de 2023**. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf.pdf. Acesso em: 22 ago. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução n. 572, de 26 de agosto de 2024**. Altera a Resolução CNJ nº 487/2023. Disponível em: https://www.stj.jus.br/internet_docs/biblioteca/clippinglegislacao/Res_572_2024_CNJ.pdf. Acesso em: 17 dez. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução n. 307, de 17 de dezembro de 2019**. Institui a Política de Atenção a Pessoas Egressas do Sistema Prisional no âmbito do Poder Judiciário, prevendo os procedimentos, as diretrizes, o modelo institucional e a metodologia de trabalho para sua implementação. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/pjecnj/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/documentoHTML.seam?ca=b53e0e0551ab9b7ea11c59022d43a9257c6551b603f331899994af78c52caefa7c769fc4bab7238e9f2f10e98b00868839b484d172d84d8e&idProcessoDoc=3842209&idBin=3474557&exibirAssinaturas=true. Acesso em: 03 jan. 2025.

CASTANEDA, Luciana Ribeiro. Iniciativas concretas para o Brasil no que toca à utilização do modelo Biopsicossocial da Funcionalidade. **Rede Brasileira de Pesquisa em Funcionalidade**. 2020, (Site). Disponível em: https://www.scielo.br/j/codas/a/XFbYtL8kKMbKRKrSbkTsbDk/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 06 de abr. 2025.

CASTIGLIONI, Luciane; FILHO, Gerardo Maria de Araújo. Manicômios Judiciários no Brasil: perspectiva histórica e evolução em busca de uma Reforma Psiquiátrica. **Psychiatry On-line**, v. 21, p. 9-15, 2016.

CASTILHO, Daniela Ribeiro; LEMOS, Esther Luíza de Souza. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. **R. Katál. Florianópolis**, v.24, n. 2, p. 269-279, maio/ago, 2021.

CEBRAC; CONECTAS. **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020.** Disponível em: <http://file:///C:/Users/Leand/Documents/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Atuação de assistentes sociais no sociojurídico, subsídios para reflexão**. Brasília, 2014. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CFESSsubsidios_sociojuridico2014.pdf. Acesso em: 18 de jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Nota Técnica sobre o trabalho de assistentes sociais e a coleta do quesito Raça/Cor/Etnia**. Brasília (DF), 2022. Disponível

em: https://www.cfess.org.br/arquivos/nota-tecnica-raca-cor-2022-nov.pdf. Acesso em: 04 de jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Série assistente social no combate ao preconceito. **Discriminação contra a população usuária da política de saúde mental**. Brasília (DF), 2022. Disponível em: https://www.cfess.org.br/noticia/view/1943. Acesso em: 18 de jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Perfil de assistentes sociais no Brasil: formação, condições de trabalho e exercício profissional**. Brasília (DF): CFESS, 2022. 144 p. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/2022Cfess-PerfilAssistentesSociais-Ebook.pdf. Acesso em: 18 de jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Práticas terapêuticas no âmbito do serviço social: subsídios para aprofundamento do estudo**. Brasília, 2008. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/praticasterapeuticas.pdf. Acesso: 21 mai. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Política Antimanicomial: GMF sergipano reúne atores estaduais para avaliar fluxos**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/politica-antimanicomial-gmf-sergipano-reune-atores-estaduais-para-avaliar-fluxos/>. Acesso em: 3 jan. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Em Sergipe, Judiciário e Executivo discutem ações para cumprimento da Política Antimanicomial**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/em-sergipe-judiciario-e-executivo-discutem-acoes-para-cumprimento-da-politica-antimanicomial/>. Acesso em: 2 jan. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. (2024). **Protocolo Interinstitucional da Política Antimanicomial do Poder Judiciário**. Brasília: CNJ. Disponível em: https://feccompar.com.br/politicaantimanicomi/protocolo-interinstitucional-politica-antimanicomial/. Acesso em: 01 de fev. 2025.

CURVELLO, A. C. Gazeta do Povo. **Governo Lula corta verba para comunidades terapêuticas de dependentes químicos**. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/governo-lula-corta-verba-para-comunidades-terapeuticas/?utm_source=chatgpt.com>. Acesso em: 2 fev. 2025.

DA SILVA, Berenice Lira; DA SILVA, Alessandra Ximenes. A Política Nacional de Saúde Mental: uma reflexão acerca dos retrocessos nos governos Temer e Bolsonaro. **Serviço Social em Revista**, *[S. l.]*, v. 23, n. 1, p. 99–119, 2020. DOI: 10.5433/1679-4842.2020v23n1p99. Disponível em: https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/38697. Acesso em: 18 dez. 2024.

DEGENSZAJN, Raquel Raichelis. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serviço Social & Sociedade**, v. 107, p. 420-437, 2011.

DIAS, Éder. Organização Comunista Internacionalista. **Comunidades terapêuticas: a (re)manicomialização privada da saúde mental com dinheiro público**. Disponível em:

<https://marxismo.org.br/comunidades-terapeuticas-a-remanicomializacao-privada-da-saude-mental-com-dinheiro-publico/>. Acesso em: 2 fev. 2025.

DRAIBE, Sonia Miriam. A política social do governo FHC e o sistema de proteção social. Tempo Social. **Revista de Sociologia da USP**, São Paulo, v. 15, n.2, 2003.
EXTRA CLASSE. Saúde Mental do SUS terá investimento de R$ 200 milhões do Governo em 2023. Disponível em: <https://www.extraclasse.org.br/saude/2023/07/saude-mental-do-sus-tera-investimento-de-r-200-milhoes-do-governo-em-2023/>. Acesso em: 6 jan. 2025.

FÁVERO, Eunice; GOIS, Dalva Azevedo de- organizadoras. **Serviço Social e temas sociojurídicos: debates e experiências**. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2014, p. 221.

FERNANDES, Idília; MALAGUEZ, Fabíola Dutra; SEVERO, Andréa Asti. **Nota Técnica da FADERS sobre conceito de Deficiência Psicossocial**. 2016. Disponível em: https://faders.rs.gov.br/upload/arquivos/202012/11161529-01-2017-nota-tecnica-sobre-deficiencia-psicossocial.pdf. Acesso em: 19 de jun. 2025.

FERREIRA, Nayara Lúcia. **A (re)configuração da política de saúde mental: neoliberalismo e tendências de regressividade na garantia de direitos sociais**. Orientadora: Prof. Dra. Sandra de Faria. 2020, 210.f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia/Goiás, 2020.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura: na Idade clássica**. Trad.: José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva: 2017.

FRANCISCO, Erica Aparecida dos Santos. Reflexões sobre a dimensão técnico-operativa no serviço social com enfoque nos instrumentos e técnicas. **In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS)**, 2018, Vitória. Em tempos de radicalização do capital , lutas, resistências e serviço social, 2018.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na cena contemporânea**. In: CFESS/ABEPS (org.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília. DF: CFESS/ABEPS, 2009, p. 15- 50.

GEOPRESÍDIOS. **Hospitais de custódia no Brasil**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/10/29378a968502d0b1b55bd3816167fcd9.pdf>. Acesso em: 11 out. 2024.

GOBBO, Gabriel Freitas. **Política Antimanicomial no Poder Judiciário: impactos a partir da resolução CNJ N. 487/2023**. 2024. 21 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2024.

GMF/TJSE, Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário do Tribunal de Justiça de Sergipe. **Sergipe já conta com equipe que acompanhará pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei**. Disponível em: <https://www.tjse.jus.br/portalgmf/sobre-o-gmf/noticias/item/49-sergipe-ja-conta-com-equipe-que-acompanhara-pessoas-com-transtornos-mentais-em-conflito-com-a-lei>. Acesso em: 17 dez. 2024.

GMF/TJSE, Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário do Tribunal de Justiça de Sergipe. **Projeto de atendimento a custodiados com transtorno mental recebe visita do Prêmio Innovare.** Disponível em: <https://www.tjse.jus.br/portalgmf/sobre-o-gmf/noticias/item/70-projeto-de-atendimento-a-custodiados-com-transtorno-mental-recebe-visita-do-premio-innovare>. Acesso em: 1 jan. 2025.

HIRATA, Helena. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social**, 26(1), 61-73, 2014.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. - 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2000.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Cena Contemporânea**. In: CFESS; ABEPSS. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. v. 1. p. 1-45.

KERGOAT, Danièle. **Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais**. Tradução de Antonia Malta Campos. Novos Estudos Cebrap, São Paulo, n. 86, p. 93-103, mar. 2012.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A política de saúde no governo Lula. **Saúde e Sociedade** (USP. Impresso), v. 20, p. 522-532, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dia Mundial da Saúde Mental: Governo Federal aumenta custeio anual da Rede de Atenção Psicossocial em R$ 383 milhões**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/outubro/dia-mundial-da-saude-mental-governo-federal-aumenta-custeio-anual-da-rede-de-atencao-psicossocial-em-r-383-milhoes>. Acesso em: 2 jan. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ministério da Saúde investe mais de R$ 21 milhões para ampliar rede de saúde mental no SUS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/maio/ministerio-da-saude-investe-mais-de-r-21-milhoes-para-ampliar-rede-de-saude-mental-no-sus>. Acesso em: 22 dez. 2024.

MONTEIRO, Williana Rodrigues Rafael. **Marcadores Psicossociais da Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei Pós (Des)institucionalização realizada pela (EAP) de uma capital brasileira.** Dissertação de Mestrado Profissional de Saúde da Família da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande: 2022. Disponível em: https://repositorio.ufms.br/bitstream/123456789/5565/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O.pdf. Acesso em: 09 de fev. 2025.

NOGUEIRA, Claudia Mazzei; PASSOS, Rachel Gouveia. A Divisão Sociossexual e Racial do Trabalho no Cenário de Epidemia do Covid-19: considerações a partir de Heleieth Saffioti. **Caderno CRH (Online)**, v. 33, p. e020029-39, 2020.

MOTA, Mirella de Lucena; RODRIGUES, Cleide Maria Batista. Serviço Social e saúde mental: um estudo sobre a prática profissional. **Ser Social**, Brasília, v. 18, n. 39, p. 652-671, jul.-dez./2016.

OLIVEIRA, Aline Sanches. **Perfil sociodemográfico e tratamento em saúde de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei** [recursos eletrônicos]. Dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. - - Belo Horizonte: 2022. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/49185/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Aline%20Sanches%20Oliveira%20Reposit%c3%b3rio%202023.pdf, Acesso em: 08 de fev. 2025.

PAIVA, Sabrina Pereira; RESENDE, Luisa Tavares; PAULO, Mariana Nery Sól; TOMAZ, Marciléa. O Serviço Social e o trabalho em equipe multiprofissional nas residências em saúde. **Revista Libertas** (Juiz de Fora. Impresso), v. 19, p. 482-497, 2019.

PAIXÃO, Gabriela Silva. **Potencialidades da justiça restaurativa para a instauração de uma nova lógica na custódia psiquiátrico-penal: reflexões a partir da pesquisa empírica na Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe.** Orientadora: Prof. Dra. Daniela Carvalho Almeida da Costa. 2023, 149. f. Dissertação (Mestrado em Direito), Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão/SE, 2023.

PEREIRA, Karine Yanne de Lima; TEIXEIRA, Solange Maria. Redes e intersetorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre a sua concepção na política de assistência social. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 12, p. 114-127. Disponível em: https://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/article/view/12990. Acesso em: 22 de mai. 2025.

PIRES, Ronaldo Rodrigues; ALENCAR, Alexsandro Batista de; JUNIOR, Antônio Rodrigues Ferreira; SAMPAIO, José Jackson Coelho. O cuidado em saúde mental e a participação política de usuários e familiares na ressignificação do estigma sobre os transtornos mentais. **Physis Revista de Saúde Coletiva (Online)**, v. 33, p. e33038, 2023. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/physis/2023.v33/e33038/. Acesso em: 06 de abr. 2025.

PODER360. **PAC inclui 13,4 milhões em Rede de Saúde Mental do SUS**. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/governo/pac-inclui-134-mi-de-pessoas-em-rede-de-saude-mental-do-sus/>. Acesso em: 1 jan. 2025.

REIS, Camila Ramos.; Paim, Jairnilson Silva. **A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016)**. Divulgação em Saúde para debate, v. Jul 2018, p. 101-114, 2018.

PRASS, Paula. Betina Bock de; BENETTI, Sabrina Azevedo Wagner. O Conceito Contemporâneo de Saúde: Uma Reflexão Histórica Paradigmática. In: **XXI Seminário Interinstitucional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, 2016, Cruz Alta. Pós-Graduação - Resumo Expandido - Biológicas e Saúde, 2016. Disponível em: https://unicruz.edu.br/seminario/anais/anais-2016/XXI%20Semin%C3%A1rio%20Interinstitucional%202016%20-%20Anais/P%C3%B3s-Gradua%C3%A7%C3%A3o%20-%20RESUMO%20EXPANDIDO%20-%20Biol%C3%B3gicas%20e%20Sa%C3%BAde/O%20CONCEITO%20CONTEMPOR%C3%82NEO%20DE%20SA%C3%9ADE%20UMA%20REFLEX%C3%83O%20HIST%C3%93RICA%20PARADIGM%C3%81TICA.pdf. Acesso em: 07 de abr. 2025.

ROCHA, R. S. **Particularidades do Exercício Profissional do/a assistente social na Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe (UCP/SE)**. Orientadora: Prof. Dra. Yanne

Angelim Dias. 2023, 75. f. TCC (Graduação)- Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão/SE, 2023.

RODRIGUES, Leonardo Macedo; DAMASCENA, Monique Bronzoni; MATTOS, Bruna Silva; REIS, Rafaela Nascimento. As Direcionalidade da Dimensão Pedagógica no Âmbito do Serviço Social para a Emancipação da Classe Subalterna. In: ENPESS, 2022, Rio de Janeiro - RJ. **Anais do XVII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**. Brasília - DF: ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, 2022. v. 2022. p. 1-21.

RONDON, Larissa Cristhiane Oliveira; OLIVEIRA, Simone Ribeiro de. **Implantação do Plano de Acompanhamento Territorial na Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei do Estado de Mato Grosso**. Projeto de Intervenção como Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso. Cuiabá: 2023. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1568515. Acesso em: 08 de fev. 2025.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; SILVA, Sâmia Luiza Coêlho da. O Cenário de (Des)Institucionalização em Saúde Mental do Piauí a Partir das EAPS. **Revista Faculdade Santo Agostinho**, v. 18, p. 327, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/350112274_O_Cenario_de_DesInstitucionalizacao_em_Saude_Mental_do_Piaui_a_Partir_das_EAPS. Acesso em: 02 de abr. 2025.

SANTOS, Wederson Rufino dos. Instrumentalidade do Serviço Social na avaliação da deficiência. **Revista Apae Ciência**, v. 17, p. 84-95, 2022.

SAVIANI-ZEOTI, Fernanda; PETEAN, Eucia Beatriz Lopes. A Qualidade de Vida de Pessoas com Deficiência Mental Leve. **Psicologia. Teoria e Pesquisa**, v. 24, p. 305-311, 2008.

SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL. **Governo fortalece saúde mental no SUS, com atendimento humanizado e cuidado integral.** Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/07/governo-fortalece-saude-mental-no-sus-com-atendimento-humanizado-e-cuidado-integral>. Acesso em: 3 jan. 2025.

SÉRGIO, Luis Carrara. A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**. 2010; 20(1): 16-29.

SILVA, Rafael Pereira; MELO, Eduardo Alves. Masculinidades e sofrimento mental: do cuidado singular ao enfrentamento do machismo? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4613, 2021.

SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES PENAIS (SISDEPEN). **Relatório de Informações Penais. 16º ciclo - período de janeiro a junho de 2024**. Brasília: SENAPPEN, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/relipen/relipen-1-semestre-de-2024.pdf/view. Acesso em: 25 dez. 2024.

APÊNDICES

FONTES BIBLIOGRÁFICAS A/1

AUTOR(A)/ANO	TÍTULO	LINK
José Augusto Bisneto/ 2007	Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática.	https://buscaintegrada.ufrj.br/Record/alephUFR01-000725242
Elisabete Borgianni/ 2013	Para entender o Serviço Social na área sociojurídica.	https://www.scielo.br/j/sssoc/a/m7fYNtwTngwKyg3N7DWB8yS/
Daniela Ribeiro Castilho; Esther Luíza de Souza Lemos/ 2021	Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira.	https://www.scielo.br/j/rk/a/TyMKscqwjWfwpbScmWpwCvc/
Eunice Fávero; Dalva Azevedo de Gois/ 2014	Serviço Social e temas sociojurídicos: debates e experiências.	https://www.calameo.com/books/0064248046f5f6115b6e3
Nayara Lúcia Ferreira/ 2020	A (re)configuração da política de saúde mental: neoliberalismo e tendências de regressividade na garantia de direitos sociais.	https://tede2.pucgoias.edu.br/bitstream/tede/4566/2/Nayara%20L%c3%bacia%20Ferreira.pdf
Michel Foucault/ 2017	História da loucura: na Idade clássica.	https://archive.org/details/foucault-historia-da-loucura/mode/2up
Marilda Villela Iamamoto/ 2009	O Serviço Social na cena contemporânea.	https://abepss.org.br/arquivos/anexos/o-servico-social-na-cena-contemporanea-2016080604031230574 50.pdf
Mirella de Lucena Mota; Cleide Maria Batista Rodrigues/ 2016	Serviço Social e saúde mental: um estudo sobre a prática profissional.	https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/14645/12955

Gabriela Silva Paixão/ 2023	Potencialidades da justiça restaurativa para a instauração de uma nova lógica na custódia psiquiátrico-penal: reflexões a partir da pesquisa empírica na Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe.	https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/17259/2/GABRIELA_SILVA_PAIXAO.pdf
Luis Carrara Sérgio/ 2010	A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil.	https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100004
Raíssa Silva Rocha/ 2023	Particularidades do Exercício Profissional do/a assistente social na Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe (UCP/SE).	file:///C:/Users/Leand/Documents/TCC/TCC%20FINAL%20-%20%20RA%C3%8DSSA%20FINAL.pdf
Raquel Raichelis/ 2011	O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos.	https://www.scielo.br/j/sssoc/a/xJZpht8LVT96vSvn7cPNQMR/
Marilda Villela Iamamoto/ 2000	O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional.	https://wandersoncmagalhaes.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/07/livro-o-servico-social-na-contemporaneidade-marilda-iamamoto.pdf
Conselho Federal de Serviço Social/ 2022	Série: assistente social no combate ao preconceito, discriminação contra a população usuária da saúde mental.	https://www.cfess.org.br/CFESS-Caderno08-SaudeMental-Site.pdf
Conectas Direitos Humanos; Centro Brasileiro de Análise e Planejamento/ 2021	Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020.	https://www.conectas.org/publicacao/financiamento-publico-de-comunidades-terapeuticas-brasileiras-entre-2017-e-2020/

Gabriel Freitas Gobbo/ 2024	Política Antimanicomial no Poder Judiciário: Impactos a partir da Resolução CNJ N. 487/2023.	https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/41702/1/PoliticaAntimanicomialPoder.pdf
Berenice Lira da Silva; Alessandra Ximenes da Silva/ 2020	A Política Nacional de Saúde Mental: uma reflexão acerca dos retrocessos nos governos Temer e Bolsonaro.	https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/38697/28018
Gerardo Maria de Araújo Filho e Luciane Castiglioni/ 2016	Manicômios Judiciários no Brasil: perspectiva histórica e evolução em busca de uma Reforma Psiquiátrica.	https://www.polbr.med.br/ano16/wal0916-2.php
Camila Ramos Reis, Jairnilson Silva Paim/ 2018	A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016).	https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29852/1/Artigo%20Jairnilson%20Paim.%202018.pdf
Telma Maria Gonçalves Menicucci/ 2011	A Política de Saúde no Governo Lula.	https://www.researchgate.net/publication/274848231_A_Politica_de_Saude_no_Governo_Lula
Sônia Draibe/ 2007	A política social no período FHC e o sistema de proteção social.	https://www.scielo.br/j/ts/a/GBKWMqJqgmbVQXMyYVGpQNh/
Aline Sanches Oliveira/ 2022	Perfil sociodemográfico e tratamento em saúde de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei.	https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/49185/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Aline%20Sanches%20Oliveira%20Reposit%c3%b3rio%202023.pdf

Williana Rodrigues Rafael Monteiro/ 2022	Marcadores Psicossociais da Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei Pós (Des)institucionalização realizada pela (EAP) de uma capital brasileira.	https://repositorio.ufms.br/bitstream/123456789/5565/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O.pdf
Larissa Cristhiane Oliveira Rondon, Simone Ribeiro de Oliveira/ 2023	Implantação do Plano de Acompanhamento Territorial na Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei do Estado de Mato Grosso.	https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1568515
Lucia Cristina dos Santos Rosa, Sâmia Luiza Coêlho da Silva/ 2021	O Cenário de (Des)Institucionalização em Saúde Mental do Piauí a Partir das EAPS.	https://www.researchgate.net/publication/350112274_O_Cenario_de_DesInstitucionalizacao_em_Saude_Mental_do_Piaui_a_Partir_das_EAPS
Ronaldo Rodrigues Pires, Alexsandro Batista de Alencar, Antonio Rodrigues Ferreira Júnior, José Jackson Coelho Sampaio/ 2022	O cuidado em saúde mental e a participação política de usuários e familiares na ressignificação do estigma sobre os transtornos mentais.	https://www.scielosp.org/article/physis/2023.v33/e33038/
Luciana Castaneda Ribeiro/ 2019	O Cuidado em Saúde e o Modelo Biopsicossocial: apreender para agir.	https://www.scielo.br/j/codas/a/XFbYtL8kKMbKRKrSbkTsbDk/?format=pdf&lang=pt

Paula Betina Bock de Prass, Sabrina Azevedo Wagner Benetti/ 2016	O Conceito Contemporâneo de Saúde: Uma Reflexão Histórica Paradigmática.	https://unicruz.edu.br/seminario/anais/anais-2016/XXI%20Semin%C3%A1rio%20Interinstitucional%202016%20-%20Anais/P%C3%B3s-Gradua%C3%A7%C3%A3o%20-%20RESUMO%20EXPANDIDO%20-%20Biol%C3%B3gicas%20e%20Sa%C3%BAde/O%20CONCEITO%20CONTEMPOR%C3%82NEO%20DE%20SA%C3%9ADE%20UMA%20REFLEX%C3%83O%20HIST%C3%93RICA%20PARADIGM%C3%81TICA.pdf
Érica Aparecida dos Santos Francisco/ 2018	Reflexões sobre a dimensão técnico-operativa no serviço social com enfoque nos instrumentos e técnicas.	https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22975
Conselho Federal de Serviço Social/ 2022	Perfil de assistentes sociais no Brasil: formação, condições de trabalho e exercício profissional.	https://www.cfess.org.br/arquivos/2022Cfess-PerfilAssistentesSociais-Ebook.pdf
Yolanda Guerra/ 2007	A instrumentalidade no trabalho do assistente social.	https://www.unirio.br/cchs/ess/Members/vanessa.bezerra/pesquisa/2020-2/texto-3/a-instrumentalidade-no-trabalho-do-assistente-social
Leonardo Macedo Rodrigues; Monique Bronzoni Damascena; Bruna Silva de Mattos; Rafaela Nascimento dos Reis/ 2022	As Direcionalidade da Dimensão Pedagógica no Âmbito do Serviço Social para a Emancipação da Classe Subalterna.	https://www.abepss.org.br/enpess-anais/public/arquivos/00676.pdf
Fernanda Saviani-Zeoti; Eucia Beatriz Lopes Petean/ 2008	A Qualidade de Vida de Pessoas com Deficiência Mental Leve.	https://www.scielo.br/j/ptp/a/nGX3C6r3JQcCRnSDyTVZQtn/?format=pdf&lang=pt

Claudia Mazzei Nogueira; Rachel Gouveia Passos/ 2020	A Divisão Sociossexual e Racial do Trabalho no Cenário de Epidemia do Covid-19: considerações a partir de Heleieth Saffioti.	https://www.scielo.br/j/ccrh/a/ZWKHNKp9Jyxmjngm4SFZsRq/
Sabrina Pereira Paiva; Luisa Tavares Resende; Mariana Nery Sól Paulo; Marciléa Tomaz/ 2019	O Serviço Social e o trabalho em equipe multiprofissional nas residências em saúde.	https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/27089
Conselho Federal de Serviço Social/ 2008	Práticas terapêuticas no âmbito do serviço social: subsídios para aprofundamento do estudo.	https://www.cfess.org.br/arquivos/praticasterapeuticas.pdf
Rafael Pereira Silva; Eduardo Alves Melo/ 2021	Masculinidades e sofrimento mental: do cuidado singular ao enfrentamento do machismo?.	https://www.scielo.br/j/csc/a/THNcKsn4kgqwb6rFbS48ntM/
Karine Yanne de Lima Pereira; Solange Maria Teixeira/ 2013	Redes e intersetorialidade nas políticas sociais.	https://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/article/view/12990
Helena Hirata/ 2014	Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais.	https://revistas.usp.br/ts/article/view/84979
Danièle Kergoat/ 2012	Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais.	https://www.scielo.br/j/nec/a/hVNnxSrszcVLQGfHFsF85kk/
Wederson Rufino dos Santos/ 2022	Instrumentalidade do Serviço Social na avaliação da deficiência.	https://apaeciencia.org.br/index.php/revista/article/view/337
Conselho Federal de Serviço Social/ 2014	Atuação de assistentes sociais no sociojurídico — subsídios para reflexão.	https://www.cfess.org.br/arquivos/CFESSsubsidios_sociojuridico2014.pdf

FONTES DOCUMENTAIS A/2

AUTOR/ANO	TÍTULO	LINK
Brasil, Conselho Nacional de Justiça/ 2023	Manual da política antimanicomial do Poder Judiciário.	https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/09/digital-manual-antimanicomial.pdf
Brasil, Diário Oficial da União/ 2001	Lei 10.2016/2001/ Lei Antimanicomial.	https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
Brasil, Conselho Nacional de Justiça/ 2023	Resolução n.487/2023/ Política Antimanicomial do Poder Judiciário.	https://stj.jus.br/internet_docs/biblioteca/clippinglegislacao/Res_487_2023_CNJ.pdf
Brasil, Conselho Nacional de Justiça/ 2024	Resolução n.572/2024/ Altera a Resolução 487/2023.	https://www.stj.jus.br/internet_docs/biblioteca/clippinglegislacao/Res_572_2024_CNJ.pdf
Brasil, Portaria GM/MS/ 2024	Portaria GM/MS Nº 4.876/2024 Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP).	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt4876_19_07_2024.html
Brasil, Conselho Nacional de Justiça/ 2019	Resolução Nº 307/2024/ Política de Atenção a Pessoas Egressas do Sistema Prisional no âmbito do Poder Judiciário.	https://atos.cnj.jus.br/files/original153009202001105e1898819c054.pdf
Brasil, Ministério da Saúde/ 2011	Portaria Nº 3.088/ 2011/ Rede de Atenção Psicossocial.	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
Secretaria Nacional de Políticas Públicas (SENAPPEN)/ 2024	Relatório de Informações Penais 16º ciclo SISDEPEN, 1º semestre de 2024.	https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/relipen/relipen-1-semestre-de-2024.pdf/view

Brasil, Conselho Nacional de Justiça/ 2024	Protocolo Interinstitucional da Política Antimanicomial do Poder Judiciário.	https://feccompar.com.br/politicaantimanicomi/protocolo-interinstitucional-politica-antimanicomial/
Brasil, Conselho Nacional de Justiça/ 2024	Política Antimanicomial: GMF sergipano reúne atores estaduais para avaliar fluxos.	https://www.cnj.jus.br/politica-antimanicomial-gmf-sergipano-reune-atores-estaduais-para-avaliar-fluxos/
Brasil, Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário (GMF/TJSE) / 2023	Sergipe já conta com equipe que acompanhará pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.	https://www.tjse.jus.br/portalgmf/sobre-o-gmf/noticias/item/49-sergipe-ja-conta-com-equipe-que-acompanhara-pessoas-com-transtornos-mentais-em-conflito-com-a-lei
Brasil, Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário do Tribunal de Justiça de Sergipe (GMF/TJSE) / 2024	Projeto de atendimento a custodiados com transtorno mental recebe visita do Prêmio Innovare.	https://www.tjse.jus.br/portalgmf/sobre-o-gmf/noticias/item/70-projeto-de-atendimento-a-custodiados-com-transtorno-mental-recebe-visita-do-premio-innovare
Geopresídios/ 2018	Hospitais de Custódia no Brasil.	https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/10/29378a968502d0b1b55bd3816167fcd9.pdf
Brasil, Ministério da Saúde/ 2023	Ministério da Saúde investe mais de R$21 milhões para ampliar rede de saúde mental no SUS.	https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/maio/ministerio-da-saude-investe-mais-de-r-21-milhoes-para-ampliar-rede-de-saude-mental-no-sus
Brasil, Ministério da Saúde/ 2023	Dia Mundial da Saúde Mental: Governo Federal aumenta custeio anual da Rede de Atenção Psicossocial em R$383 milhões.	https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/outubro/dia-mundial-da-saude-mental-governo-federal-aumenta-custeio-anual-da-rede-de-atencao-psicossocial-em-r-383-milhoes

Brasil, Secretaria de Comunicação Social/2023	Governo fortalece saúde mental no SUS, com atendimento humanizado e cuidado integral.	https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/07/governo-fortalece-saude-mental-no-sus-com-atendimento-humanizado-e-cuidado-integral
Agência Brasil/ 2023	Governo anuncia R$200 milhões para saúde mental em 2023.	https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-07/governo-anuncia-r-200-milhoes-para-saude-mental-em-2023
Poder 360/ 2024	PAC inclui 13,4 milhões em Rede de Saúde Mental no SUS.	https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-07/governo-anuncia-r-200-milhoes-para-saude-mental-em-2023
Extra Classe/ 2023	Saúde Mental do SUS terá investimento de R$200 milhões do Governo em 2023.	https://www.extraclasse.org.br/saude/2023/07/saude-mental-do-sus-tera-investimento-de-r-200-milhoes-do-governo-em-2023/
O Globo 100/ 2023	Criticadas por psiquiatras e incentivadas por Bolsonaro, comunidades terapêuticas para dependentes químicos serão ampliadas pelo governo Lula.	https://oglobo.globo.com/brasil/noticia/2023/09/29/criticadas-por-psiquiatras-e-incentivadas-por-bolsonaro-comunidades-terapeuticas-para-dependentes-quimicos-continuam-no-atual-governo.ghtml?utm_source=chatgpt.com
Gazeta do Povo/ 2024	Governo Lula corta verba para comunidades terapêuticas de dependentes químicos.	https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/governo-lula-corta-verba-para-comunidades-terapeuticas/?utm_source=chatgpt.com
Organização comunista internacionalista/ 2023	Comunidades terapêuticas: a (re)manicomialização privada da saúde mental com dinheiro público.	https://marxismo.org.br/comunidades-terapeuticas-a-remanicomializacao-privada-da-saude-mental-com-dinheiro-publico/

Brasil, Portaria Nº 96 GP1 - Normativa/ 2024	Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário do Estado de Sergipe e dispõe sobre os seus procedimentos no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.	tjse.jus.br_tjnet_publicacoes_visualizar_publicacao.wsp_tmp.idPublicacao=85122.pdf
Central Única dos Trabalhadores de Sergipe/ 2025	SINPSI fala sobre saúde mental, luta antimanicomial e CAPS em Sergipe.	https://se.cut.org.br/noticias/sinpsi-fala-sobre-saude-mental-luta-antimanicomial-e-caps-em-sergipe-f6f9
Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe/ 2025	GMF discute implementação da política antimanicomial e interdição total da UCP.	https://agencia.tjse.jus.br/noticias/item/15674-gmf-discute-implementacao-da-politica-antimanicomial-e-interdicao-total-da-ucp
Cruz Azul no Brasil/ 2024	Governo Federal e Congresso reduzem orçamento anual para acolhimento de dependentes químicos e Comunidades Terapêuticas.	https://cruzazul.org.br/governo-federal-e-congresso-reduzem-orcamento-anual-para-acolhimento-de-dependentes-quimicos-e-comunidades-terapeuticas/
Metrópoles/ 2024	Governo Lula corta 80% dos contratos de comunidades terapêuticas.	https://www.metropoles.com/colunas/guilherme-amado/governo-lula-corta-80-dos-contratos-de-comunidades-terapeuticas
Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome/ 2024	Edital habilita 587 entidades de acolhimento a pessoas com dependência química.	https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/edital-habilita-587-entidades-de-acolhimento-a-pessoas-com-dependencia-quimica
CartaCapital/ 2020	Governo Bolsonaro ameaça (de novo) desmanchar política de saúde mental.	https://www.cartacapital.com.br/politica/governo-bolsonaro-ameaca-de-novo-desmanchar-politica-de-saude-mental/

CartaCapital/ 2021	Bolsonarista defensor do eletrochoque terá cargo no Ministério da Saúde.	https://www.cartacapital.com.br/politica/bolsonarista-e-defensor-do-eletrochoque-coordenara-saude-mental-no-ministerio-da-saude/
Fórum/ 2024	Governo Lula corta verbas para comunidades terapêuticas.	https://revistaforum.com.br/brasil/2024/4/29/governo-lula-corta-verbas-para-comunidades-teraputicas-158075.html
Conselho Federal de Serviço Social/ 2022	Nota Técnica sobre o trabalho de assistentes sociais e a coleta do quesito Raça/Cor/Etnia.	https://www.cfess.org.br/arquivos/nota-tecnica-raca-cor-2022-nov.pdf
Andréa Asti Severo; Fabíola Dutra Malaguez; Idília Fernandes/ 2016	Nota Técnica da FADERS sobre conceito de Deficiência Psicossocial.	https://faders.rs.gov.br/upload/arquivos/202012/11161529-01-2017-nota-tecnica-sobre-deficiencia-psicossocial.pdf
Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura/ 2023	Relatório anual 2023	https://mnpctbrasil.wordpress.com/wp-content/uploads/2025/05/relatorio-anual-2023.pdf

ANEXO 1 - Modelo de Projeto Terapêutico Singular[22]

IDENTIFICAÇÃO	**Usuário (a)/paciente índice:** _____ **Prontuário da família**:_____ **ACS:**_____ **Data da construção:** ____/____/____ **1ª Reavaliação:** ____/_____/____ **2ª Reavaliação:** ____/_____/____ **3ª Reavaliação:** ____/_____/____
RESUMO DO CASO/ NECESSIDADES DE SAÚDE/GENOGRAMA /ECOMAPA	(Nota: O resumo do caso, assim como o genograma e o ecomapa podem ser construídos em documento a ser anexado junto com o PTS ao prontuário do usuário ou usuária. Nesse caso, apontar neste campo que os documentos se encontram anexos).

AVALIAÇÃO DE VULNERABILIDADE	**FATORES DE RISCO** (Inserir as fragilidades do caso)	**FATORES DE PROTEÇÃO** (Inserir as potencialidades do caso)

PLANO DE ATIVIDADES		**AÇÕES**	**RESPONSÁVEIS** (Indicar, preferencialmente, um responsável por ação)	**PRAZO** (Indicar, preferencialmente, um prazo específico por ação)
	PREVENTIVO	1. 2. 3. 4. (...)		
	ASSISTENCIAL	1. 2. 3. 4. (...)		
	GESTÃO	1. 2. 3. 4. (...)		
AÇÕES PACTUADAS COM USUÁRIO/FAMÍLIA				
OUTRAS INFORMAÇÕES:				

Fonte: educapes, 2021.

[22] Objetiva-se com este anexo, mostrar ao leitor um modelo de PTS. Porém, é importante citar que existem diversos modelos de projetos terapêuticos singulares que são utilizados nas unidades referenciadas pela RAPS.