



# 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: "40 anos da "Virada" do Serviço Social"

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Ética, Direitos humanos e Serviço Social.

Sub-eixo: Ênfase em Direitos Humanos.

## ENTRE A SAÚDE E A JUSTIÇA: A REALIDADE DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI NO ESTADO DO PARÁ

Solange Silva Souza<sup>1</sup>

Laryssa Sayury Garcia<sup>2</sup>

Brenda Luana Ribeiro Souza<sup>3</sup>

Lilian Mendes Pereira Barros<sup>4</sup>

Michelle Christina de Souza Matos<sup>5</sup>

Iris Tarcila da Conceição Baia<sup>6</sup>

**Resumo:** O artigo aborda os desafios enfrentados pela Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei-EAP/PA, na desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental que cumpriram medida de segurança, buscando garantir a reinserção social, retorno ao ambiente familiar e comunitário e o acesso às demais políticas sociais.

**Palavras-chave:** Desinstitucionalização. Medida de Segurança. Reinserção Social. Transtorno Mental.

**Abstract:** The article discusses the challenges faced by the evaluation and monitoring of therapeutic measures Applicable to the person with Mental Disorder in conflict with the law-EAP/PA, the deinstitutionalization of people with mental disorders who complied as of security, seeking to ensure the social reintegration, return to family and community environment and access to other social policies.

**Keywords:** Deinstitutionalization. Security measure. Social Reintegration. Mental Disorder.

### Introdução

O Código Penal Brasileiro (CPB) Lei 2848/1940 em seu artigo 96, instituiu a Medida de Segurança, que é uma sanção penal aplicada à pessoa inimputável, ou seja, aquela acometida de doença mental (ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado) que cometeu um delito (crime).

<sup>1</sup> Professor com formação em Serviço Social. Universidade da Amazônia. E-mail: <solangeparaense@hotmail.com>.

<sup>2</sup> Estudante de Graduação. Universidade da Amazônia. E-mail: <solangeparaense@hotmail.com>.

<sup>3</sup> Estudante de Graduação. Universidade da Amazônia. E-mail: <solangeparaense@hotmail.com>.

<sup>4</sup> Estudante de Graduação. Universidade da Amazônia. E-mail: <solangeparaense@hotmail.com>.

<sup>5</sup> Estudante de Graduação. Universidade da Amazônia. E-mail: <solangeparaense@hotmail.com>.

<sup>6</sup> Estudante de Graduação. Universidade da Amazônia. E-mail: <solangeparaense@hotmail.com>.

No Estado do Pará, a pessoa considerada como “louco infrator” geralmente é internado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), localizado no município de Santa Izabel-Pará. Indo de encontro ao CPB tem a Lei 10.216/2001- Lei

da Reforma Psiquiátrica, que redireciona a atenção e o cuidado dispensado à pessoa com sofrimento mental.

O parágrafo único do art. 2º, inciso IX, da referida lei, enfatiza que a pessoa com sofrimento mental deve ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. Frente ao exposto, surgem os seguintes questionamentos: o que leva a maioria dos magistrados do Estado do Pará, a impor a medida de internação em HCTP à pessoa com sofrimento mental em conflito com a lei, não considerando o inciso II do artigo 96 do CPB? Por que o tratamento ambulatorial é desconsiderado? Por que o “louco infrator” é considerado como caso de segurança pública e não de saúde? Por que a Lei 10.216 não é considerada no momento da aplicação da medida de segurança?

A Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, a mesma apresentou inovações quanto ao tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais, porém o Estado parece que ficou à deriva em relação ao tratamento dispensado ao sujeito com transtorno mental em conflito com a lei.

Em 2011, o HCTP/PA era a oitava unidade em população de pessoas internadas dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTP's), o que correspondia a 4% da população total dos 26 estabelecimentos do país e 73% da população de pessoas internadas dos ECTPs da Região Norte (DINIZ, 2011).

Para Venturini (2016) a assistência prestada ao doente mental infrator em todo o Brasil é nefasta. Entidades representativas de classe, órgãos de defesa dos direitos humanos, pesquisadores da área de saúde mental, estão sempre investigando e denunciando tal realidade. Assim, as medidas de segurança que são destinadas ao indivíduo que não dispõem de aptidão para responder pelas consequências jurídico-penais de sua infração devido a um transtorno mental, têm sido aplicadas sem dar ao paciente qualquer perspectiva de recuperação, trazendo consigo apenas um viés de segregação.

Objetivando assegurar os parâmetros da Lei 10.216, o Estado do Pará aderiu à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) em outubro de 2014, bem como constituiu a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), instituída pela Portaria nº94 de janeiro de 2014 do Ministério da Saúde.

A EAP tem por objetivo maior favorecer o processo de reinserção social dos pacientes desinternados do HCTP/PA a uma desinternação com qualidade, visando o acompanhamento terapêutico do paciente, através de atividades ocupacionais que permitam a reinserção dos pacientes desinternados do HCTP na sociedade e no seio familiar quando possível, coibindo toda e qualquer forma de desigualdade e exclusão social.

As atividades da EAP consistem em redirecionar os modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, através das ações: avaliações biopsicossociais para posterior desinternação, articulação com os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e demais políticas, no sentido de pleitear atendimentos na área de saúde, benefícios sociais, direito e cidadania e emissão de documentos pessoais a este público alvo.

A EAP visa também estabelecer processos de comunicação com gestores e equipes de serviços do SUS e SUAS, apoiar a capacitação dos profissionais de saúde, da justiça e programas e serviços sociais, contribuindo para a realização de desinternação progressiva de pessoas que cumprem medida de segurança, acompanhar a execução da medida de segurança, dentre outros.

## **2 Para compreender o transtorno mental**

O conceito de loucura sofreu inúmeras mudanças ao longo da história. De acordo com o livro *“O que é loucura”*, Frayse Pereira diz que:

Ao final da Idade Média o homem europeu estabelece relação com alguma coisa que confusamente designa Loucura, Demência, Desrazão. Mas essa relação é experiência da em estado livre, isto é, a loucura circula, faz parte da vida cotidiana e é uma experiência possível para cada um, antes exaltada do que dominada (FRAYSE-PEREIRA, 1984, p. 49).

Segundo Jabert (2001), na época do Renascimento, os loucos eram colocados em naus. Esse costume estava ligado à prática comum do “escorraçamento” do louco. Através do escorraçamento, os loucos eram expulsos de suas cidades, algumas vezes sob pedradas ou bastonadas, ou simplesmente deixados a vagar pelos campos, outras vezes, ainda, eram entregues a marinheiros ou mercadores para que fossem levados para longe de sua vila de origem:

Em Frankfurt, em 1399, encarregaram-se marinheiros de livrar a cidade de um louco que por ela passeava nu; nos primeiros anos do século XV, um criminoso louco é enviado do mesmo modo a Mayence. [...] Frequentemente as cidades da Europa viam essas naus de loucos atracar em seus portos. (Foucault, 1972, p. 9).

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) entendem-se como transtornos mentais e comportamentais as condições caracterizadas por alterações mórbidas do modo de pensar e/ou do humor (emoções), e/ou por alterações mórbidas do comportamento associadas à angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global. Os transtornos mentais e comportamentais não constituem apenas variações dentro da escala do "normal", sendo antes, fenômenos claramente anormais ou patológicos.

No Brasil, a criação do Hospício de Pedro II, criado pelo decreto nº 82, de 18 de julho de 1841, foi o marco no tratamento de pessoas com transtorno mental, sendo o primeiro estabelecimento no Brasil a dedicar-se ao tratamento dos alienados.

De acordo com Fernandes e Moura (2011), durante o período da ditadura militar, houve as primeiras manifestações dos trabalhadores de saúde, no sentido de reivindicar atenção diferenciada às pessoas em sofrimento mental, merecendo destaque o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e o Movimento de Renovação Médica (REME) enquanto espaços de discussão e produção do pensamento crítico na área. Com a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro de 1978, tem-se o início de uma discussão política que não se limita ao campo da saúde mental, estendendo-se para o debate sobre o regime político nacional.

Em março de 1986, foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil (CAPS), na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua

Itapeva (BRASIL, 2004). Em 1987, aconteceu em Bauru, SP, o II Congresso Nacional do Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) que adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios” (BRASIL, 2005).

Entre 1987 e 1993, observamos um amplo processo de reivindicação na defesa do sujeito com sofrimento mental, merecendo destaque o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), que prima por uma radical transformação na sociedade em relação ao tratamento dispensado ao sujeito com transtorno mental.

A partir da promulgação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, o Brasil passou a instaurar as diretrizes da Organização Mundial da Saúde e seu escritório regional para as Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A Lei indica uma direção para a assistência psiquiátrica e estabelece uma gama de direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais; regulamenta as internações involuntárias, colocando-as sob a supervisão do Ministério Público, órgão do Estado guardião dos direitos indisponíveis de todos os cidadãos brasileiros.

Nesse contexto, e a partir da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a política de saúde mental do governo federal, obedecendo à Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade. Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país (BRASIL, 2005).

A Portaria nº 52 de 20 de janeiro de 2004, institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Propõe que o processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário.

O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria); o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH); a instituição do Programa de Volta para Casa e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e as

Residências Terapêuticas, permitiram a redução de leitos psiquiátricos no país e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos.

Mas apesar de todas as mudanças e conquistas nessa temática, os pacientes ainda vivem em uma espécie de “nau”, pois o hospital de custódia não atribui o formato esperado em lei, sendo um local de cárcere que mantém as pessoas em situações de vulnerabilidade, longes da sociedade e da família, nada muito diferente do que faziam na Idade Média.

### **3 Medida de segurança: punição x saúde**

Segundo Freitas (2014), a medida de segurança é uma providência do Estado, fundamentada no *jus puniendi*, imposta ao agente inimputável ou semi-imputável que pratica um fato típico e ilícito, com base no grau de periculosidade do mesmo. Medida de segurança é toda a reação criminal, detentiva ou não detentiva, que se liga à prática, pelo agente, de um fato ilícito típico, que tem como pressuposto e princípio de medida a sua periculosidade e visa finalidades de defesa social ligadas à prevenção especial, seja sob a forma de segurança, seja sob a forma de ressocialização.

Conforme Basileu (1975), as medidas de segurança têm uma finalidade diversa da pena, pois se destina para a “cura” ou, pelo menos, ao tratamento daquele que praticou um fato típico e ilícito. Assim, aquele que for reconhecidamente declarado inimputável, deverá ser absolvido, pois o art.26, *caput*, do Código Penal diz ser isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardo, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

O art. 96 do Código Penal enfatiza o tipo de tratamento dispensado a medidas de segurança que são: *I- internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; II- sujeição a tratamento ambulatorial*. A primeira constitui espécie de medida de segurança detentiva, dada a privação de liberdade que é imposta ao paciente. Destina-se, obrigatoriamente, aos indivíduos inimputáveis (aqueles que não são responsáveis por suas ações) ou semi-imputáveis (aqueles que têm ainda alguma noção dos seus atos, mas não totalmente) que praticarem crimes

puníveis com pena de reclusão e, facultativamente, aos indivíduos inimputáveis ou semi-imputáveis que houverem cometido crimes puníveis com pena de detenção.

A segunda espécie dirige-se aos crimes com menor potencial lesivo, puníveis com detenção cumprida sem a privação da liberdade do doente mental. O tratamento ambulatorial também é realizado no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, nos dias em que lhe for determinado pelos médicos, submetendo-se à modalidade terapêutica prescrita, como se dá no art.101 da Lei de Execuções Penais: “O tratamento ambulatorial, previsto no art. 97, segunda parte, do Código Penal, será realizado no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou em outro local com dependência médica adequada” (BRASIL,1940, on-line).

A finalidade da medida de segurança seria a adequada reintegração social de um indivíduo considerado perigoso para a própria sociedade. O Código Penal Brasileiro de 1940 instituiu e sistematizou a aplicação da medida de segurança. No seu início, foi adotado o sistema duplo binário (pena + medida de segurança), onde a medida de segurança poderia ser aplicada em concomitância com a pena.

De acordo com o Código Penal Brasileiro, medida de segurança é caracterizada por aplicar condições de imposição às pessoas que não têm o entendimento sobre suas próprias ações ao realizar um crime, ou, quando a pessoa aparenta ter consciência do que fez, quando na verdade sofre de distúrbios comportamentais oriundos de patologias que não foram diagnosticadas e, portanto, não têm a plena noção da realidade. Essas medidas existem para promover a recuperação do indivíduo e, em consequência, a reinserção do mesmo no convívio social.

Dispõe o art. 97, parágrafo 3º do Código Penal: “A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional, devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 01 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade” (BRASIL, 1940). A desinternação será sempre em fase de liberdade condicional, nessa o sujeito inicia o tratamento ambulatorial e deixa o tratamento em regime de internação.

Pode ocorrer, caso a internação for suficiente para o restabelecimento do paciente do mal que lhe afligia, que é comprovado através de exames

psiquiátricos, o juiz determinará sua liberação, ou seja, não será necessária a continuação do tratamento, seja em regime de internação, seja em regime de tratamento ambulatorial. Essas desinternações poderão ser realizadas também quando completa a condenação do acusado.

Permitindo uma breve analogia entre a Lei 10.216 e a realidade dos pacientes que cumprem medida de segurança e que se encontram “internados” no HCTP, percebemos a violação dos direitos dos pacientes com transtorno mental em conflito com a lei, pois o tratamento disponibilizado aos mesmos não segue as diretrizes da lei, sendo um “tratamento” pautado nos parâmetros do cárcere, onde a saúde é relegada a um segundo plano, prevalecendo o exercício do poder de punir.

#### **4 EAP: Uma proposta possível de reinserção social**

Segundo o Plano de Ação Estadual/Municipal para a PNAISP (2014), considerando os dados coletados junto ao Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (INFOPEN) e do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), órgão vinculado ao Ministério da Justiça, em dezembro de 2013, havia no país, 416.175 pessoas custodiadas em unidades penitenciárias. No Estado do Pará, segundo dados da Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará (SUSIPE) o montante de pessoas presas em 2013 totalizava 10.001.

Não distante dos demais Estados da Federação, o plano deixa clara a escassez de vagas na maioria dos presídios no estado, fato esse que contribui para a individualização de atendimentos para os apenados. Dentre as diversas problemáticas do sistema penitenciário, merece destaque a assistência à saúde dos detentos.

Objetivando criar mecanismos de assistência à saúde às pessoas privadas de liberdade, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria Interministerial nº 01, de 02 de janeiro de 2014, lança em âmbito nacional a PNAISP, tendo como objetivo ampliar as ações de saúde no âmbito do SUS às pessoas privadas de liberdade, fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional passasse a ser visualizada como ponto de atenção da Rede de Atenção à mesma. Atendendo às normativas da PNAISP, no dia 06 de outubro de 2014 a EAP foi constituída.

No Estado do Pará, as primeiras ações da EAP consistiram no acompanhamento de 06 (seis) pacientes desinternados do HCTP em agosto de 2014. Vale ressaltar que os mesmos saíram do HCTP com os vínculos familiares destituídos (devido o crime ter acontecido em ambiente familiar) sem documentos pessoais, sem local de moradia.

A priori, por determinação judicial, e devido à ausência de vagas nas Residências Terapêuticas, 04 (quatro) destes pacientes passaram a residir provisoriamente em 02 (dois) CAPS e 02 (dois) foram direcionados para uma Residência Terapêutica (RT). A EAP então passou a acompanhar o processo de desinstitucionalização dos mesmos.

A partir das primeiras ações na EAP, obtiveram-se os seguintes resultados: emissão de documentos pessoais para os pacientes; retorno de 02 (dois) ao convívio familiar, sendo 01(um) da RT e 01(um) do CAPS. Considerando as reivindicações dos funcionários do CAPS em “abrigar” os usuários (por entenderem que o serviço não se destina à moradia), somado a ausência de RT's disponíveis para abrigá-los, a EAP passou a intensificar o diálogo com a Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CESMAD), objetivando identificar alternativas de acolhimento.

Em fevereiro de 2015, a EAP conseguiu, junto à CESMAD, moradia para os 03(três) usuários que estavam no CAPS, sendo que os mesmos passaram a residir na Unidade de Reabilitação Psicossocial (URPS), espaço que abrigava os usuários egressos do antigo Hospital Juliano Moreira (desativado em 1984). Em janeiro de 2016, foram inauguradas 02 (duas) RTs e os usuários remanescentes do URPS passaram a residir nas mesmas. Assim, o espaço do URPS foi readaptado, transformando-se em uma República Terapêutica de Passagem (RTP), destinada a acolher os usuários desinternados do HCTP, sem vínculo familiar.

A EAP também acompanha 46 (quarenta e seis) usuários desinternados do HCTP que não perderam o vínculo familiar, seguindo as mesmas diretrizes de atendimento. Vale ressaltar que a EAP conseguiu vaga em abrigo para 01(um) paciente desinternado, além de promover o retorno de 01 (uma) paciente do sexo feminino ao convívio familiar, a mesma cumpriu medida de segurança durante 16 anos no HCTP, após sua desinternação a EAP conseguiu localizar

seus familiares no município de Marabá-Pará, promovendo o retorno da mesma ao convívio familiar e comunitário.

Outro exemplo, ocorrido em outubro de 2016, foi o retorno para a família de um paciente, no Estado de Goiás, onde a equipe realizou a busca ativa pela família e estabeleceu o contato, realizando o retorno do paciente para a família. Além disso, EAP também direciona suas ações a 40 (quarenta) pacientes desinternados, porém com vínculos familiares preservados.

Quanto à rede de serviços, temos mapeado em âmbito estadual os seguintes serviços: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Estratégia Saúde da Família (ESF), além das parcerias com o Tribunal de Justiça do Estado do Pará (TJPA), Defensoria Pública do Estado do Pará (DPU/PA), Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e Secretaria de Estado de Assistência Social, Trabalho, Emprego e Renda (SEASTER).

Devido às desinternações de alguns usuários do HCTP, somadas à necessidade de atendimento ambulatorial de alguns usuários que cumprem medida de segurança em meio aberto, a EAP passou a dialogar com os trabalhadores dos CAPS e do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no sentido de sensibilizá-los para a importância de acompanhamento desse público alvo na RAP's.

A partir da constatação das dificuldades que envolviam o processo de inclusão social de pessoas oriundas de HCTP's, passamos a estabelecer processos de comunicação com instituições como INSS e Companhia de Habitação do Estado do Pará (COHAP/PA), a fim de sensibilizar as instituições para o atendimento desta demanda, conseguindo êxito nesta empreitada. Hoje temos um fluxo estabelecido de pessoas que são encaminhadas ao INSS e conseguem acessar benefícios como o Benefício de Prestação Continuada (BPC). No caso da COHAB, estamos iniciando diálogo, para inclusão de alguns usuários no programa de Cheque Moradia e no Programa Minha Casa Minha Vida.

Objetivando restituir os vínculos familiares dos usuários, a EAP realiza visitas domiciliares aos familiares, no sentido de prestar as orientações necessárias quanto aos acolhimentos desses sujeitos. No que tange às

reuniões, as mesmas são realizadas periodicamente e seguem o calendário do Grupo Condutor da PNAISP. Geralmente a EAP recebe informações quanto à implementação da PNAISP, além de repassar os informes referentes às suas ações.

Considerando a necessidade de identificarmos os pacientes com transtorno mental que cumpre medida de segurança em meio aberto, realizamos visita à equipe do Setor de Fiscalização de Benefício e Desenvolvimento Social do Tribunal de Justiça do Estado do Pará (SEFIS/PA) e tivemos acesso à relação dos usuários. A partir da relação, passamos a verificar se os usuários estão sendo acompanhados nos serviços através de visitas periódicas aos CAPS. Assim como diálogo constante com a equipe do HCTP e discussão para construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), se configura como um dispositivo que articula interdisciplinarmente a discussão de forma ampla e coletiva do planejamento das ações de saúde dos desinternados do HCTP, para que, ao saírem, já os levem para a Rede Básica de Saúde (RAPS).

Desde a sua implementação, a EAP contribuiu com a reinserção social de 51 pessoas, desse montante, 28 retornaram ao ambiente familiar, 11 estão na RTP, 06 estão residindo só, 05 estão em situação de rua e apenas 01 foi reinternada devido a falha na execução do PTS. Ao longo desses quatro anos, a EAP ratifica que a reinserção de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei é possível, fato que até então era impensado no Estado do Pará. Frente ao exposto, a EAP se move por um comprometimento ético-político que permite ir além do ôntico, acreditando nas diretrizes da lei da Reforma Psiquiátrica, coadunando com o Movimento de Luta Antimanicomial que prima por uma sociedade sem manicômios.

## **5 Conclusão**

Compreender o processo de reinserção social de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei é mergulhar em um universo marcado por contradições e conflitos de cunho social, cultural, político e econômico, cujos rebatimentos se configuram nas mais variadas formas de expressão da questão social, merecendo destaque: o medo, insegurança, vulnerabilidade social, debilidade de políticas públicas, dentre outros.

No âmbito social, o processo de reinserção social de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei encontra sérias dificuldades para sua efetivação devido ao estigma do “medo”, que persiste tanto no âmbito dos profissionais quanto na própria sociedade, porém a atuação da equipe vem contribuindo para a progressiva desmistificação, construindo uma nova cultura nos diversos segmentos envolvidos no processo de desinstitucionalização.

No que tange ao aspecto político, nota-se que tanto a correlação de força entre movimentos sociais e governo produziu diversas políticas públicas que possibilitou o atendimento de grande parte das demandas das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, porém as práticas desenvolvidas ao longo dos anos nos mostram que apesar dos avanços, muitos profissionais envolvidos no cuidado, ainda não se apropriaram de tais políticas, e, por conseguinte, reproduzem práticas e discursos que remontam ao período da plena atividade dos manicômios, se concebidos como estruturas arquitetônicas construídas para enclausuramento, configurando-se enquanto conjunto de práticas e discursos segregativos e punitivos transmitidos culturalmente.

A experiência vivenciada pela EAP/PA, nos últimos 04 (quatro) anos ratifica os parâmetros da Lei 10.216, onde é possível afirmar que a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei possui todas as possibilidades de viver no ambiente familiar e comunitário, onde o território deve ser considerado o lugar de tratamentos dos mesmos. A EAP/PA legitima seu compromisso ético-político de garantir os direitos dos usuários, não hesitando em combater discursos e práticas que desejam cercear os direitos garantidos através de leis e portarias. Seguimos inventando novas tecnologias, realizando parcerias com outros movimentos sociais, Instituições de ensino superior, órgãos ligados à comunicação, etc. Afirmando sempre que é possível termos uma sociedade sem manicômios.

## Referências

BRASIL. **Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940**. In: Código Penal. Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7210compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210compilado.htm). Acesso em: 5 abr. 2019.

BRASIL. **Lei nº 10216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 9 de abr. 2001. Disponível em: <https://hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 94/GM/MS, de 14 de janeiro de 2014**. Institui 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), Brasília, 2014. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PORTARIA\\_N\\_94\\_14\\_01\\_14.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PORTARIA_N_94_14_01_14.pdf). Acesso em: 14 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília: CGMAD, 2005.p. 6 - 9. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 15 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.(Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf). Acesso em: 8 maio 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. **Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.58 p.

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

FERNANDES, Flora; MOURA, Joviane A. **A instituição da loucura: enquadramento nosológico e políticas públicas no contexto da saúde mental (parte II)**, 2009. Disponível em: <https://psicologado.com.br/psicopatologia/psiquiatria/a-institucionalizacao-da-loucura-enquadramento-nosologico-e-politicas-publicas-no-contexto-da-saude-mental-parte-ii>. Acesso em: 14 abr. 2019.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FREITAS, Ana Clélia de. **Medida de segurança**: princípios e aplicação, 2014. Disponível em:<http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/8536/Medida-de-segurancaprincipios-e-aplicacao>. Acesso em: 1 mar. 2019.

GARCIA, Basileu. **Instituições de Direito Penal**. São Paulo: Max Lomonard, 1975.

JABERT, Alexander. **Da nau dos loucos ao trem de doido**: As formas de administração da loucura na Primeira República – o caso do estado do Espírito Santo. 2001. Disponível em:  
<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5355/2/532.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2019.