

PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO Nº _____, DE 2020

(Da bancada do PSOL)

Susta os efeitos da Portaria 1325, de 18 de maio de 2020, que revoga o capítulo III do anexo XVIII da Portaria de Consolidação no. 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata do Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, no âmbito da PNAISP.

O CONGRESSO NACIONAL, no uso de suas atribuições e, com fundamento no artigo 49, incisos V, X e XI, da Constituição Federal, decreta:

Art. 1º - Este Decreto susta os efeitos da Portaria 1325, de 18 de maio de 2020, que revoga o capítulo III do anexo XVIII da Portaria de Consolidação no. 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata do Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, no âmbito da PNAISP.

Art. 2º - Este Decreto Legislativo entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

Segundo o relatório mais atualizado do INFOPEN (2017)¹, o Brasil tem hoje cerca de 726.354 pessoas presas, para o total de vagas no sistema carcerário de 423.242. Tal índice demonstra um déficit de vagas de 303.112. Sobre o gênero, o mesmo relatório aponta que o percentual maior de população carcerária é masculino, alcançando a cifra de 74,8%. As mulheres ainda representam a minoria, embora taxa de

1 BRASIL. LEVANTAMENTO NACIONAL DE INFORMAÇÕES PENITENCIÁRIAS (Infopen). 2017. Acessado em 25 mai. 2020. Online. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-sinteticos/infopen-jun-2017-rev-12072019-0721.pdf>.



* C D 2 0 4 4 2 4 4 3 5 0 *

aprisionamento de mulheres tenha expandido expressivamente nos últimos 10 anos. Em 2017 o relatório indicou que a população carcerária feminina era de 6,9%.

Em relação a faixa etária das pessoas privadas de liberdade no Brasil, é possível inferir que a maioria é composta por jovens. Entre estes, 29,9% possuem entre 18 a 24 anos, seguido de 24,1% entre 25 a 29 anos e 19,4% entre 35 a 45 anos. Somados o total de presos até 29 anos de idade totalizam 54% da população carcerária (INFOPEN, 2017).

A demografia apresentada reflete o perfil do preso brasileiro que se mantém há anos entre jovens, negros e de baixa escolaridade: 67% possuem ensino fundamental incompleto; 67% são compostos por negros, número maior que o apontado pelo Censo do IBGE, cuja população autodeclarada negra representava 51% da população brasileira (INFOPEN, 2017).

De acordo com a natureza da prisão e o tipo de regime penal, os dados do relatório demonstraram que 43,57% das pessoas presas no Brasil são presos sentenciados em regime fechado, seguido de 33,29% composta por presos provisórios, ou seja, sem condenação e 16,72% presos em regime semiaberto. **Dentre os que compreendem a população em medida de segurança na modalidade de internação, são cerca de 0,34 %** e de Medida de Segurança na modalidade de Tratamento Ambulatorial 0,06%. Esse dado já demonstra a preferência do judiciário pelo tratamento em saúde mental em meio fechado (INFOPEN, 2017).

Os principais desafios no tratamento de indivíduos com transtorno mental em conflito com a lei referem ao estigma e a discriminação, gerando a perda dos seus direitos fundamentais e a falta de incentivos a novos métodos e tratamentos alternativos.

No campo da Justiça Criminal, o art. 99 da Lei 7.210/1984, a Lei de Execução Penal (LEP)² vem consignar que o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCPT) destina-se aos inimputáveis, assim como no artigo 26 e seu parágrafo único do Código Penal³. Quanto a tratamento ambulatorial, o art. 101, da mesma regra, dispõe que será realizado em HCPT ou em outro local com dependência médica adequada.

2 Brasil. Presidência da República. Lei 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União 1984.

3 Brasil. Presidência da República. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União 1940.



* C D 2 0 4 4 4 3 5 0 *

No entanto, conforme os atuais entendimentos jurídicos, o instituto “HCTP” deverá ser gradativamente substituído por medidas terapêuticas de base comunitária, sendo possível vislumbrar, pelo esforço dos sanitaristas e militantes dos movimentos de luta antimanicomial no país, um modelo substitutivo, especialmente a partir da publicação da Lei 10.216, de 06/04/2001⁴, que dispõe sobre a proteção e os direitos da pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei e redireciona o modelo de atenção.

A lógica assistencial proposta para a pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei compreende a estruturação de um novo modelo de atenção à saúde mental, de acordo com o consignado nos normativos supracitados, em especial na Lei nº 10.216/2001, asseverando que “são proibidas as internações em instituições com características asilares” e que, desse modo, a admissão em estabelecimento psiquiátrico é considerada “limitada às situações em que os demais recursos mostrem-se insuficientes e para os pacientes com longa história de internação psiquiátrica, devem ser desenvolvidos programas de reinserção e reabilitação psicossocial”.

Pelos regramentos citados, os órgãos da justiça criminal, em âmbito nacional, encontram caminhos para tornar-se mais congruentes com as premissas da seguridade social, modificando-se, claramente, a finalidade da medida de segurança: uma transposição, do “tratamento”, da “presunção criminal”, para o “cuidado”, a “prevenção” e a “inclusão social”. Configura-se aí, o reconhecimento da “titularidade de direitos” das pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei.

No campo do SUS, as últimas normativas do Ministério da Saúde vinculadas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) foram as respectivas Portarias MS nº 94/2014 e 95/2014 (a primeira republicada no capítulo III do anexo XVIII da Portaria de Consolidação no. 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017), resultado dos debates realizados por diversas instituições governamentais (Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Justiça, a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, entre outras) e instituições não governamentais, que compõem um grupo técnico que discutiu as questões pertinentes às medidas de segurança, em âmbito nacional, fruto de uma costura história que se inicia nos anos 2000.

4 Brasil. Presidência da República. 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. Diário Oficial da União 2001.



* C D 2 0 4 4 4 4 3 5 0 0 *

Nesse sentido, o capítulo III do anexo XVIII da Portaria de Consolidação no. 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, antiga Portaria 94/2014, surgiu como alternativa para constituição de um mecanismo conector entre o sistema de saúde, por meio das políticas de saúde das pessoas privadas de liberdade e de saúde mental, o sistema de assistência e proteção social, dentre outras políticas setoriais, e o sistema de justiça criminal.

Portanto, este novo dispositivo não oferta nem cuidado, tampouco peritagem, mas utilizará de sua potência conectora e de subsídio aos Juízos da Execução Penal para viabilizar o processo de fechamento da porta de entrada desses manicômios judiciais e todo o processo de desinstitucionalização para a Rede de Atenção à Saúde (RAS), incluindo o apoio à elaboração do Projeto Terapêutico singular junto à RAS assim como o mapeamento dessa rede SUS.

Desse modo, tais dispositivos pretendem apoiar a adoção de modelos alternativos ao tratamento no âmbito da justiça criminal, este aplicado historicamente com forte viés periculosista e extremamente punitivista, com características asilares e escassa compreensão acerca do sujeito da medida de segurança e de sua rede de relações. Propõe-se, então, que as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei sejam inseridas, preferencialmente, em redes de saúde, sobretudo, além de reconhecer a importância da assistência e proteção sociais, dos benefícios assistenciais e da inclusão em redes de sociabilidade.

Santos (2015)⁵ aponta que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP e as Alas de Tratamento Psiquiátrico em Estabelecimentos Penais - ATP-EP mantêm o modelo manicomial vivo, o qual necessita ser problematizado com vistas ao desmonte de suas estruturas asilares, que apesar de haver fortes justificativas jurídicas-políticas para a permanência destes, precisa responder ao disposto na lei no. 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira), e não à LEP, como preferem os juízes da execução, sendo a internação um último recurso e por curto período, priorizando a utilização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), da Rede de Atenção à Saúde do SUS (RAS).

5 SANTOS, Ana Luiza Gonçalves dos; FARIAS, Francisco Ramos de; PINTO, Diana de Souza. Por uma sociedade sem hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. História, Ciências, Saúde-manguinhos, [s.l.], v. 22, n. 4, p.1215-1230, dez. 2015.



- Resolução CNJ nº. 113, de 20/04/2010, que dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e medida de segurança.
- Parecer do Ministério Público Federal – MPF, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão – PFDC Sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a Perspectiva da Lei Nº 10.216/2001.
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro DE 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Resolução CNPCP nº 1, de 10 de janeiro de 2014, que dispõe sobre o serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, consignado na Portaria MS/GM nº 94, de 14 de janeiro de 2014.
- Portaria Interministerial MS/MJ nº 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), no âmbito do SUS.
- Resolução CNPCP nº 2, de 10 de janeiro de 2014, que altera a Resolução nº 9, de 18 de novembro de 2011, retirando a possibilidade de financiamento federal para Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP ou similares.
- Resolução CNPCP Nº 4, de 18 de julho de 2014, que aprova as Diretrizes Básicas para Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e revoga a Resolução nº. 7, de 14 de abril de 2003.

Mesmo diante de todos esses entendimentos costurados durante décadas, o Ministério da Saúde elaborou o Parecer Técnico Nº 4/2019-COPRIS/CGGAP/DESF/SAPS/MS, com um conjunto de justificativas que apontam para a revogação dos instrumentos normativos que instituem o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, que culminou na publicação da Portaria 1325, de 18 de maio de 2020, que revoga o capítulo III do anexo XVIII da Portaria de Consolidação no. 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. A análise do referido parecer técnico é extremamente frágil e se baseia na dificuldade da expansão das equipes EAP nos estados, e desresponsabiliza a saúde pública pelo cuidado do dito “louco infrator”.



* C D 2 0 4 4 2 4 3 5 0 0 *

O argumento que tenta desresponsabilizar a saúde pública pelo cuidado a essa população aparece claramente nos primeiros parágrafos quando trata das atribuições da equipe. Ora, o fato de ser uma equipe de apoio e conexão não inviabiliza o cuidado ofertado por outros dispositivos da Rede SUS, visto que o SUS já conta com modelos semelhantes de equipes de apoio territorial, em função conectiva, com a gestão local (apoiadores de rede).

Compreendendo que esta equipe realiza uma importante função conectiva para o processo de mudança do modelo asilar manicomial para o modelo de cuidado territorial, a afirmação disposta no Parecer Técnico do Ministério da Saúde se torna frágil quando diz que “dessa forma, é possível afirmar que a estratégia prevista como objeto da EAP não foi massivamente implantada no país, devido à baixa adesão dos entes federativos e o baixo número de equipes habilitadas”, pois estas equipes são implantadas no âmbito dos estados brasileiros, não dos municípios, conforme disposto no seu regramento. Obviamente que estas equipes estarão em número muito inferior ao número de equipes da PNAISP pelo simples fato de não ser uma equipe de cuidado, mas de conexão como dito anteriormente e implantada no âmbito do estado, uma gestão bipartite, cabendo à União por meio do Ministério da Saúde financiá-la e aos estados gerir e monitorar o funcionamento destas equipes.

O quantitativo de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei também é extremamente menor, conforme aponta o relatório do INFOPEN, essa parcela da população prisional é de 0,34% na modalidade de medida de internação, ocupando os HCTP ou ATP-EP.

Neste mesmo parecer, o Ministério da Saúde aponta a implantação de 11 equipes EAP espalhadas em seis estados do Brasil, um quantitativo até alto quando nos deparamos com o momento político de 2016 a 2019 com o corte massivo do financiamento do SUS, cujo próprio Ministério da Saúde, com orçamento paralisado, desde 2014, de pouco mais de 48 milhões, priorizou o monitoramento e a baixa expansão das equipes de atenção básica prisional (EABP) da PNAISP, mas não as EAP, demonstrando um problema não apenas financeiro, mas de inoperância de gestão com esse dispositivo conectivo.

Ainda sobre o incentivo financeiro, o referido Parecer informa erroneamente que “essa estratégia não possui orçamento próprio, onerando o mesmo Programa de



* C D 2 0 4 4 2 4 4 3 5 0 0 *

Trabalho voltado às EABPs da PNAISP”. Ora, sabemos que o bloco de financiamento da saúde prisional inclui tanto as EABPs quanto as EAPs podendo financiar as duas estratégias simultaneamente. Mas o problema surge ainda em 2015 quando a Coordenação de Saúde Prisional se desloca do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (sua origem) para o Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, tendo resistência nos encaixes dos repasses de recursos desse Departamento, numa tentativa de homogeneizar os repasses nivelando pelo repasse do Piso da Atenção Básica Variável da Política Nacional de Atenção Básica. Mesmo compreendendo que as EABPs realizam ações e serviços de Atenção Primária, deve-se levar em conta as especificidades do território prisional e a sua complexidade, viés completamente diferente dos territórios das equipes tradicionais de Atenção Primária.

Outro argumento destacado no parecer evidencia claramente que houve negligência na gestão das EAPs e priorização das equipes EABPs quando apontam que

(...) É importante frisar que as condições de saúde nas unidades prisionais podem ser precárias, devido a diversos fatores, como a superlotação, más condições de higiene, alimentação inadequada, ausência de atividades físicas, entre outros. Dessa forma, as equipes de atenção à saúde são muito demandadas intramuros, o que faz com que a gestão priorize a implantação e financiamento de EABPs em detrimento das EAPs. Essa priorização também se verifica no Plano Plurianual 2016-2019, em que consta a meta 0459 para “ampliar a cobertura da Atenção Básica à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional (...)”.

Um aspecto que o Parecer aponta como entrave está no monitoramento da produção das EAPs, “(...) uma vez que essas equipes não são de atenção à saúde e as informações do e-SUS AB são voltadas a procedimentos realizados, dificultando o acompanhamento da atuação das EAPs”, isso significa que em nenhum momento a gestão pensou na estratégia de monitoramento da EAP para além do monitoramento da lógica da Atenção Primária, sendo esse um dispositivo de conexão, não de cuidado, causando ainda mais a fragilização e letargia dos processos de implantação das EAP.



* C D 2 0 4 4 2 4 4 3 5 5 0 0 *

Nesse sentido, é descabida e irracional a afirmação de que a EAP foge do escopo da área da saúde pela simples compreensão de que antes do sujeito ter cometido um crime ou delito ele apresentava um transtorno mental, por isso esse sujeito é considerado inimputável ou semi-imputável, sendo absolvido e aplicado a ele uma das medidas de segurança, conforme disposto no Código Penal e na Lei de Execução Penal, podendo a EAP direcionar a melhor medida terapêutica a ser adotada singularmente.

Historicamente o Sistema de Justiça Criminal e o Sistema Prisional tratam o paciente judiciário como muito perigoso, mesmo sabendo que o indicador de reincidência deles é ínfimo comparado ao infrator comum, desconsiderando o saber dos profissionais de saúde mental.

A instituição HCTP, por mais que tenham o nome “Hospital”, é uma estrutura de responsabilidade exclusiva do sistema prisional sob jurisdicionalização do Juiz da Execução Penal, substituindo a lógica terapêutica por um funcionamento manicomial, segregador e carcerário, fazendo com o que o paciente judiciário viva um duplo estigma: o de “louco” e o de “criminoso”.

Por essa lógica manicomial e carcerária, se pode vislumbrar as péssimas condições de atendimento ofertados ao paciente judiciário, conforme pode ser apreciado em diversos relatórios de inspeção do Conselho de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), motivo suficiente para a urgente elaboração de um projeto de desinstitucionalização, contemplando metodologias já estruturadas pela Política de Saúde Mental e com um cronograma pactuado, tendo como foco o fechamento definitivo do HCTP.

Além de todos esses argumentos históricos de construção de normativas na interface entre a saúde mental e a justiça criminal, vivemos um período de incertezas por conta da chegada no novo Coronavírus no mundo. No Brasil, com quase meio milhão de infectados, vimos o Covid-19 avançar nas prisões, cujo Distrito Federal é o grande expoente em número de infectados. Foram estruturadas medidas preventivas que ampliaram o isolamento dos presos com o meio externo, impedindo visitas de qualquer pessoa nos sistemas prisionais brasileiros e lacrando ainda mais um ambiente extremamente insalubre, marcado pela punição e pela tortura. Sabe-se, então, que essa realidade não será diferente nos manicômios judiciários brasileiros, podendo ser atribuída a estes corpos a sentença de morte.



* C D 2 0 4 4 2 4 4 3 5 5 0 *

Diante do exposto, vimos com grande indignação e repudiamos a revogação do Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (o capítulo III do anexo XVIII da Portaria de Consolidação no. 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, antiga Portaria 94/2014) e solicitamos que o Ministro da Saúde retome essa estratégia normativa e faça gestão para a sua expansão, mediante ao respeito à histórica luta antimanicomial, à Lei 10.216/2001, aos trabalhadores do SUS e aos familiares e usuários da Saúde Mental, que se encontram confinados em um manicômios judiciários.

Tendo em vista o desmonte de um importante dispositivo conector da rede SUS, além da sua revogação ocorrer exatamente no dia 18 de maio, dia da luta antimanicomial, requer-se o apoio dos/das Nobres pares para a aprovação deste projeto.

Sala das Sessões, de junho de 2020

Fernanda Melchionna

Líder do PSOL

Edmilson Rodrigues

PSOL/PA

Marcelo Freixo

PSOL/RJ

Sâmia Bomfim

PSOL/SP

Áurea Carolina

PSOL/MG

David Miranda

PSOL/RJ

Glauber Braga

PSOL/RJ



* C D 2 0 4 4 2 4 4 3 5 5 0 0 *

Ivan Valente
PSOL/SP

Luiza Erundina
PSOL/SP

Talíria Petrone
PSOL/RJ





Projeto de Decreto Legislativo **(Do Sr. Fernanda Melchionna)**

Susta os efeitos da Portaria 1325, de 18 de maio de 2020, que revoga o capítulo III do anexo XVIII da Portaria de Consolidação no. 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata do Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, no âmbito da PNAISP.

Assinaram eletronicamente o documento CD204424435500, nesta ordem:

- 1 Dep. Fernanda Melchionna (PSOL/RS) *-(p_6337)
- 2 Dep. David Miranda (PSOL/RJ)
- 3 Dep. Marcelo Freixo (PSOL/RJ)
- 4 Dep. Sâmia Bomfim (PSOL/SP)
- 5 Dep. Edmilson Rodrigues (PSOL/PA)
- 6 Dep. Ivan Valente (PSOL/SP)
- 7 Dep. Luiza Erundina (PSOL/SP)
- 8 Dep. Glauber Braga (PSOL/RJ)
- 9 Dep. Áurea Carolina (PSOL/MG)

* Chancela eletrônica do(a) deputado(a), nos termos de delegação regulamentada no Ato da mesa n. 25 de 2015.