

MANUAL DE DEFESA DOS DIREITOS EM SAÚDE MENTAL NA PARAÍBA

Fluxos, RAPS e Atuação Jurídica Antimanicomial





SUMÁRIO

1. SAÚDE MENTAL: CONCEPÇÃO E DIREITOS

2. REFORMA PSIQUIÁTRICA E CUIDADO EM LIBERDADE

3. REALIDADE PARAIBANA NO CONTEXTO DE ATENDIMENTO À SAÚDE MENTAL

4. MARCOS LEGISLATIVOS

4.1 Legislação Federal

4.2 Legislação Estadual (Paraíba)

5. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA PARAÍBA (RAPS/PB)

5.1 Objetivo da RAPS

6. FLUXOS DE ATUAÇÃO ESTRATÉGICA NA PRÁTICA

6.1 SAMU e a Polícia: o mito da obrigatoriedade

6.2 Internação compulsória e laudos

6.3 Pessoa em conflito com a lei na audiência de custódia (Pós-Resolução CNJ nº 487/2023)

6.4 Quando o assistido não comparece ao CAPS

6.5 Curatela e Tomada de Decisão Apoiada

7. O GRANDE GARGALO: MORADIA E RENDA

7.1 Moradia

7.2 Renda

8. DICAS PARA IMPUGNAR ALEGAÇÕES ADMINISTRATIVAS E JUDICIAIS

8.1 A falácia da “recusa ao tratamento”

8.2 O mito da “falta de vaga” no hospital

9. INTERSETORIALIDADE

10. DICAS DE OURO PARA USO DIÁRIO

CONTATOS E REFERÊNCIAS ÚTEIS

CURSOS E MATERIAIS OFERTADOS PELA ESCOLA SUPERIOR DA DEFENSORIA PÚBLICA DA PARAÍBA

APRESENTAÇÃO

Manual de Defesa dos Direitos em Saúde Mental é um material estratégico desenvolvido pela Escola Superior da Defensoria Pública com a finalidade primordial de orientar e aprimorar a atuação institucional na defesa dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

Este documento visa não apenas direcionar a prática interna, mas também informar a população e os diversos atores sociais sobre os direitos fundamentais em saúde mental e os parâmetros legais e éticos que regem o cuidado.

Totalmente alinhada aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, à política de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS) e à proteção integral dos direitos humanos, este manual reafirma o compromisso institucional com o cuidado em liberdade, o processo de desinstitucionalização e a plena promoção da cidadania para essa parcela da população.

Seu público-alvo inclui defensoras e defensores públicos, servidoras e servidores, estagiárias e estagiários, profissionais da rede pública de saúde e demais interessados, servindo como um instrumento essencial de consulta, formação e orientação.

1. SAÚDE MENTAL: CONCEPÇÃO E DIREITOS

Saúde mental é parte essencial do bem-estar humano e envolve aspectos emocionais, psicológicos e sociais. Não se limita à ausência de transtornos e não pode ser confundida com incapacidade, periculosidade ou perda de direitos.

A legislação brasileira assegura que pessoas com sofrimento psíquico são sujeitos de direitos, devendo ser tratadas com respeito, autonomia e proteção integral.



2. REFORMA PSIQUIÁTRICA E CUIDADO EM LIBERDADE

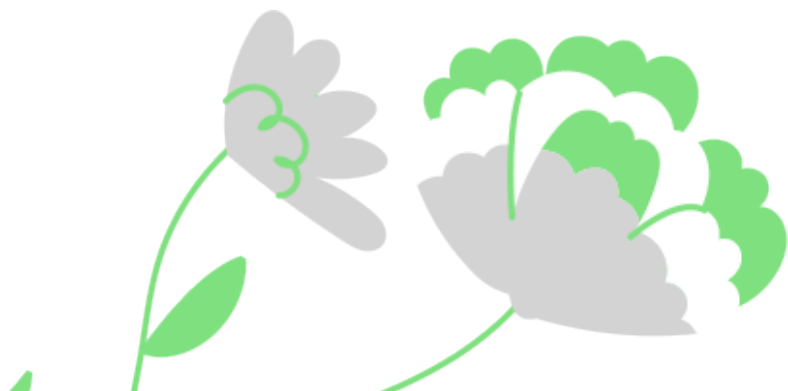
Durante décadas, o tratamento em saúde mental no Brasil esteve centrado no isolamento em hospitais psiquiátricos. Esse modelo hospitalocêntrico produziu exclusão social, abandono institucional e graves violações de direitos, afastando as pessoas de seus vínculos familiares, comunitários e sociais.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira rompeu com essa lógica ao afirmar que o sofrimento psíquico deve ser cuidado sem segregação, reconhecendo a pessoa como sujeito de direitos e priorizando o tratamento fora do ambiente asilar, sempre que possível.

Atualmente, a legislação brasileira estabelece que:

- A internação em saúde mental é medida excepcional e temporária;
- O cuidado deve ocorrer preferencialmente em liberdade, no território e na comunidade;
- A pessoa deve ser compreendida em sua integralidade, e não reduzida a um diagnóstico.

Internação não é sinônimo de tratamento. O tratamento em saúde mental pressupõe cuidado contínuo, articulado em rede, com respeito à dignidade, à autonomia e aos direitos humanos.



3. REALIDADE PARAIBANA NO CONTEXTO DE ATENDIMENTO À SAÚDE MENTAL

A Paraíba vivenciou, historicamente, práticas manicomiais centradas em hospitais psiquiátricos, muitos deles envolvidos em graves violações de direitos humanos, como negligência, maus-tratos, contenção física e isolamento. A partir dessas denúncias, ocorreu o descredenciamento progressivo de instituições do Sistema Único de Saúde e o encerramento de suas atividades.

Esse processo impulsionou a desinstitucionalização, com a inserção das pessoas antes internadas em Serviços Residenciais Terapêuticos e outras modalidades de moradia assistida, especialmente em João Pessoa e região metropolitana. No interior do estado, destacam-se ações como o descredenciamento de hospitais psiquiátricos em Campina Grande e Cajazeiras, acompanhadas da ampliação de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

O cenário atual reflete avanços importantes, mas ainda demanda fortalecimento da RAPS, qualificação do cuidado em liberdade e atuação integrada dos serviços públicos para a efetiva garantia de direitos.

4. MARCOS LEGISLATIVOS

Para fundamentar pedidos administrativos, ofícios e atuações judiciais, recomenda-se a utilização da legislação abaixo, devidamente atualizada:

Legislação Federal

Lei nº 10.216/2001: Lei da Reforma Psiquiátrica. Estabelece a proteção dos direitos das pessoas com transtorno mental e define a internação como medida excepcional e de último recurso.

Lei nº 10.708/2006: Institui o auxílio-reabilitação psicossocial, no âmbito do Programa de Volta para Casa, destinado a pessoas egressas de longa internação psiquiátrica.

Lei nº 13.146/2015: Lei Brasileira de Inclusão (LBI): Reconhece a deficiência psicossocial, assegura a capacidade jurídica da pessoa com deficiência em igualdade de condições e veda práticas discriminatórias.

Resolução CNJ nº 487/2023: Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, determina a substituição dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e reforça o cuidado em liberdade.

Portaria nº 3.088/2011: Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS, consolidando as diretrizes para o cuidado das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, inclusive aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Legislação Estadual (Paraíba)

Lei Estadual 7.639/2004: Lei da Reforma Psiquiátrica da Paraíba. Importante para reafirmar o compromisso do Estado com o cuidado em liberdade a substituição progressiva do modelo hospitalocêntrico.

Lei 11.490/2019: Institui a Semana Estadual de Conscientização sobre a Luta Antimanicomial, reafirmando o compromisso do Estado da Paraíba com os princípios da Reforma Psiquiátrica, a promoção do cuidado em liberdade e o combate a práticas asilares e violadoras de direitos.

PROA/PB (2023): Programa de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei do Estado da Paraíba, por meio de Termo de Cooperação Interinstitucional celebrado pelo Tribunal de Justiça da Paraíba e demais órgãos.

Ato Conjunto nº 01/2024: Determina o fechamento da porta de entrada da Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF) na Paraíba, alinhando o Estado às diretrizes da política antimanicomial.

5. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA PARAÍBA (RAPS/PB)

Objetivo da RAPS

A RAPS objetiva garantir cuidado integral, contínuo e em liberdade às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, inclusive aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, por meio de uma rede articulada de serviços no território, assegurando acesso, continuidade do cuidado, inclusão social e respeito aos direitos humanos.

A organização da atenção à saúde mental na Paraíba segue a lógica regionalizada. A Paraíba está estruturada em 3 Macrorregiões e 16 Regiões de Saúde, responsáveis de forma solidária pela oferta dos serviços da RAPS.


Assim, quando o município de residência do assistido não dispõe do serviço necessário, cabe à Região de Saúde à qual ele pertence garantir o atendimento, por meio da cidade-polo regional. Nesses casos, é fundamental identificar corretamente a região e o município de referência, a fim de assegurar o acesso efetivo ao cuidado.



Conhecer essa estrutura permite à Defensoria Pública orientar adequadamente o encaminhamento do assistido, fundamentar ofícios e pedidos administrativos e evitar a negativa indevida de atendimento sob o argumento de ausência de serviço local.

A seguir, apresenta-se a estrutura da RAPS na Paraíba, com dados atualizados de Outubro de 2025.

Ponto de Atenção	Quantidade na Paraíba	Função para o Defensor Público
CAPS I	81 unidades	Municípios pequenos. Atende todas as idades e transtornos graves e /ou persistente. Posto de saúde mental básico.
CAPS III	5 unidades	Crises, acolhimento noturno. Tem camas (leitos) para dormir, caso necessário. CAPS 24 Horas.
CAPS AD (Álcool e Drogas)	17 (3 AD + 14 AD III)	Específico para dependência química (Álcool e Drogas)
CAPSi (Infantil)	14 unidades	Crianças e adolescentes. Se não tiver CAPSi, o CAPS I deve atender a criança.
UA (Unidade de Acolhimento)	3 unidades (Patos, JP e Sapé)	Moradia Transitória (até 6 meses). Para quem tem vulnerabilidade/ameaça no território Aceita idosos.
SRT (Serviços Residenciais Terapêuticos)	13 unidades	Moradia permanente para egressos de longas internações (mais de 2 anos).
Leitos em Hospital Geral	24 Leitos	Para crises agudas e desintoxicação. Internação curta (aprox. 7 dias)

 Cada Região de Saúde possui um Plano Regional da RAPS, que orienta a organização e a oferta dos serviços de saúde mental no território. No link abaixo estão disponíveis todos os planos regionais para consulta.

Plano Regional RAPS:



Clique aqui para acessar



6. FLUXOS DE ATUAÇÃO ESTRATÉGICA NA PRÁTICA

6.1 SAMU E A POLÍCIA: O MITO DA OBRIGATORIEDADE

Situação: a família procura a Defensoria informando que o parente entrou em surto, está agitado ou quebrando objetos, e o SAMU se recusa a ir sem a presença da Polícia Militar.

O que é essencial saber: crise em saúde mental é evento de saúde, não de segurança pública. Não existe normativa que condicione o atendimento do SAMU à presença policial.

Regra objetiva: a atuação policial somente se justifica quando há risco armado concreto (arma de fogo, arma branca ou ameaça equivalente).

Ao acionar o SAMU, informe claramente que se trata de “crise em saúde mental”. Diga se há ou não risco armado (arma de fogo/branca).



ATENÇÃO: A recusa do SAMU em casos não armados configura negligência de socorro.

Atuação institucional em caso de negativa de atendimento: o Defensor deve registrar a negativa e atuar contra a omissão do serviço, inclusive por via administrativa ou judicial. A recusa injustificada viola direito à saúde e não pode ser naturalizada

6.2 INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E LAUDOS

Situação: a família procura a Defensoria desejando uma internação compulsória.

Explique, de forma simples e firme, que a internação só pode ocorrer para manejo de crise. Além disso, é indispensável tentar

a inserção na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) — CAPS, ambulatorios, unidades básicas de saúde, equipes de saúde mental, etc.

Isso significa que o primeiro passo não é procurar o Judiciário, mas perguntar o território do assistido e verificar o direcionamento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) — CAPS do seu território: **CAPS III** (quando existente no território) ou, em sua ausência, a UPA, hospital geral ou SAMU em situações de risco iminente.

Os CAPS III são estruturados para manejar crises com abordagem comunitária, menos restritiva e mais alinhada às diretrizes da Lei 10.216/2001. Muitas situações que as famílias percebem como “caso de internação” podem ser resolvidas com estabilização clínica, manejo terapêutico intensivo e acompanhamento contínuo, evitando internações desnecessárias e, portanto, juridicamente inadequadas.

Sendo paciente em situação de sofrimento mental em razão do uso de substâncias psicoativas, a orientação é o encaminhamento para o CAPS AD mais próximo.

Outras situações de internação involuntária para tratamento de crises de abstinência, independente da situação de surto, é importante verificar:

Requisito: Laudo médico circunstanciado, devidamente fundamentado.

Ponto de Atenção:

- Verificar o CRM do médico emitente.
- É comum Comunidades Terapêuticas apresentarem laudos de médicos de outros estados que nunca avaliaram presencialmente o paciente, o que não pode ser aceito.
- Para atuação no estado, o CRM deve ser da Paraíba e o exame presencial é indispensável.

6.3 PESSOA EM CONFLITO COM A LEI NA AUDIÊNCIA DE CUSTÓDIA (PÓS-RESOLUÇÃO CNJ nº 487/2023)

Com a implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário e o fechamento da porta de entrada da Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF), determinado pelo Ato Conjunto nº 01/2024, foi definitivamente afastada a lógica manicomial no tratamento das pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei.

Na Audiência de Custódia, havendo indícios de crise em saúde mental, o encaminhamento não deve ser prisional. A pessoa deve ser imediatamente direcionada ao Hospital Geral, em leito de saúde mental, exclusivamente para estabilização clínica, por tempo breve e necessário.

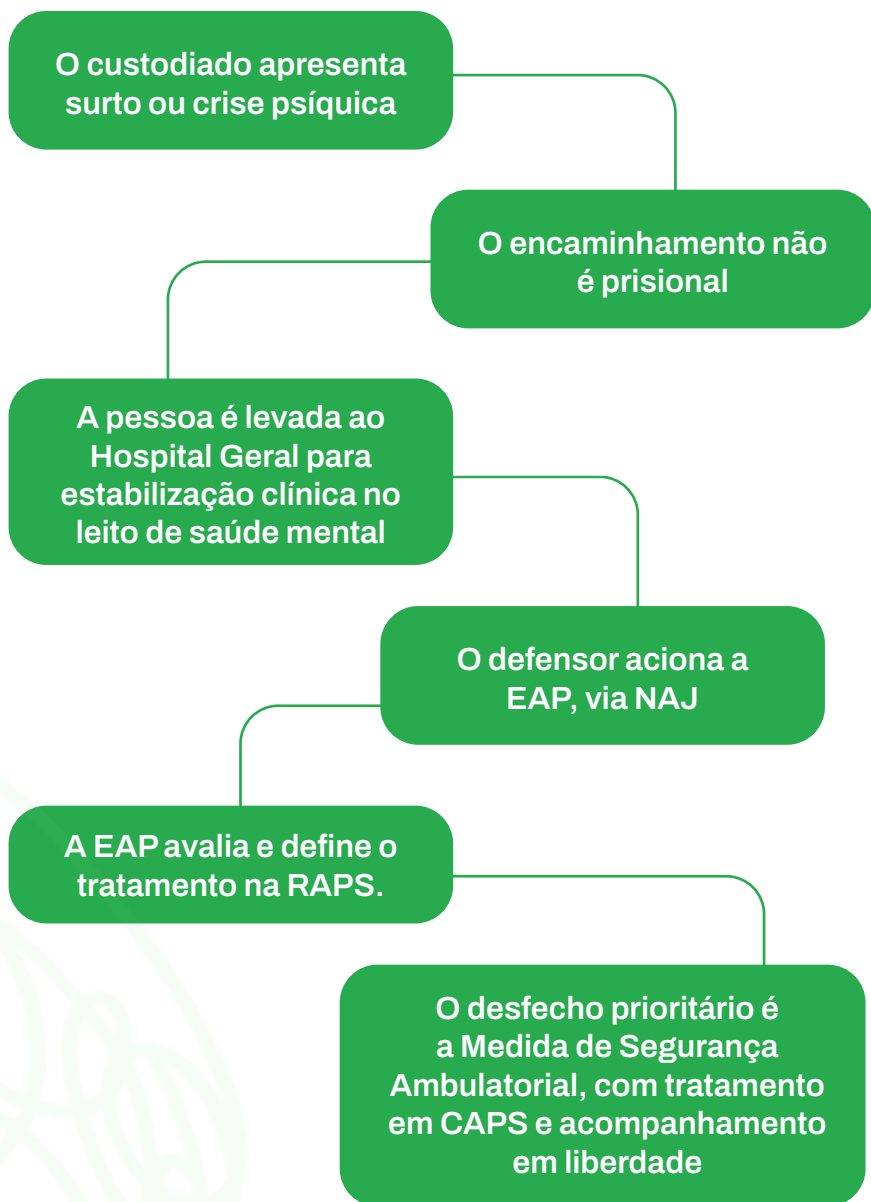
A Equipe de Avaliação e Acompanhamento (EAP) atua em todo o Estado e tem papel central nesse fluxo. É uma equipe estadual única.

Como acionar: por meio do NAJ
(Núcleo de Apoio Judiciário).

Função: avaliar o caso e indicar o tratamento adequado na rede, com elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)

A regra geral é a prioridade do tratamento em liberdade, com acompanhamento ambulatorial em CAPS ou internação em Hospital Geral, quando estritamente necessária. Jamais em presídio ou unidade de custódia psiquiátrica.

Fluxo Prático Resumido na Audiência de Custódia:



6.4 QUANDO O ASSISTIDO NÃO COMPARECE AO CAPS

Situação: o CAPS alega que ofereceram a vaga, mas o assistido não aderiu.

Onde está a falha: a RAPS não funciona por lógica de balcão. O CAPS não pode apenas esperar, é de sua responsabilidade ir ao território sensibilizar o usuário.

Providência correta, deve-se exigir:

- Busca ativa, com deslocamento da equipe ao território;
- Matriciamento, com construção de estratégias de cuidado compatíveis com a realidade do usuário.



ATENÇÃO

Se o município alegar falta de veículo ou equipe, o defensor deve oficiar a Secretaria de Saúde, exigindo a estrutura necessária.

6.5 CURATELA E TOMADA DE DECISÃO APOIADA

A curatela é medida excepcional, restrita a atos patrimoniais e sempre proporcional, podendo ser revista a qualquer tempo. Após a LBI (Lei nº 13.146/2015), ela não pode ser ampla nem se justificar somente pela existência de transtorno mental, exigindo avaliação médica e social.

Como alternativa menos restritiva, a Tomada de Decisão Apoiada (TDA) permite que a própria pessoa escolha dois apoiadores de confiança para auxiliá-la na compreensão das informações e na tomada de decisões, sem retirar sua capacidade jurídica.

A Defensoria deve verificar se a demanda decorre de vulnerabilidade social (renda, moradia, abandono), caso em que a solução é o fortalecimento das políticas públicas, e não a limitação de direitos.

7. O GRANDE GARGALO: MORADIA E RENDA

Na prática, a política de saúde mental frequentemente fracassa não por ausência de medicamentos ou serviços, mas pela falta de condições mínimas de vida. Não se faz cuidado em saúde mental sem teto, comida e renda.

7.1 MORADIA

Não se faz saúde mental sem teto. A Paraíba possui estrutura extremamente limitada de moradia vinculada à saúde mental:

- **Unidade de Acolhimento (UA):** moradia transitória, por até seis meses. Existem apenas três no estado (Patos, João Pessoa e Sapé). Podem acolher idosos e pessoas ameaçadas no território, sem vedação legal.
- **Serviço Residencial Terapêutico (SRT):** moradia permanente para egressos de longas internações psiquiátricas (mais de dois anos) que perderam vínculos familiares. O estado conta com 13 unidades.

Diante da escassez dessas alternativas na RAPS, a atuação do defensor deve ser intersetorial. É fundamental oficializar o CRAS e o CREAS para viabilizar soluções pela política de assistência social, como o aluguel social, vagas em abrigos comuns e outras alternativas do SUAS, inclusive ILPI, quando cabível.

A articulação entre CAPS e Assistência Social não é facultativa: cabe ao defensor provocar esse diálogo e formalizar os fluxos



7.2 RENDA

A liberdade e a desinstitucionalização custam dinheiro. Sem renda mínima, o risco de recaída, retorno à crise ou ao sistema penal é alto. A garantia de renda é elemento central para a estabilidade do cuidado em saúde mental e para a prevenção de recaídas.

A ausência de meios mínimos de subsistência compromete a adesão ao tratamento, dificulta a organização da vida cotidiana e expõe a pessoa a situações de vulnerabilidade que podem agravar o sofrimento psíquico.

- **Programa de Volta para Casa:** auxílio para quem ficou internado há mais de dois anos ininterruptos (HCTP ou Hospital Psiquiátrico). Pode acumular com BPC e Bolsa Família, permitindo ao assistido custear moradia, alimentação e transporte.

- **Assistência Social (SUAS):** devido à carência de UAs, o defensor deve oficializar o CRAS/CREAS para conseguir alternativas como Aluguel Social ou vagas em abrigos gerais. A intersectorialidade, forçando o CAPS a dialogar com o CRAS, é crucial.

Ponto-chave da atuação defensorial: garantir acesso cumulativo aos benefícios é decisivo para a autonomia, a continuidade do tratamento em liberdade e a prevenção de novas crises.

8. DICAS PARA IMPUGNAR ALEGAÇÕES ADMINISTRATIVAS E JUDICIAIS



8.1. A Falácia da “Recusa ao Tratamento”

É comum que gestores e profissionais justifiquem a ausência de atendimento afirmando que o assistido “não adere ao tratamento”. Essa narrativa, porém, não pode ser acolhida sem questionamento. A própria lógica da RAPS estabelece que:

- A responsabilidade pelo cuidado é compartilhada, e não individualizada no usuário;

- O serviço de saúde mental deve trabalhar com busca ativa, matriciamento e ações no território, alcançando o assistido onde ele está: casa, rua, instituição ou espaço comunitário;

- O cuidado não é centrado no balcão, mas na construção de vínculo, sensibilização e elaboração de estratégias compatíveis com a realidade social, econômica e clínica da pessoa.

Argumento central: a alegada “recusa” costuma ser, na verdade, falha do serviço em cumprir seu dever de territorialidade, previsto na política pública. Portanto, deve ser impugnada e substituída pela exigência de um plano de intervenção efetivo.

8.2. O Mito da “Falta de Vaga” no Hospital

Outra alegação frequente é a inexistência de vagas para urgências psiquiátricas. Contudo:

- Urgência psiquiátrica é urgência clínica, devendo ser atendida no Hospital Geral da Região de Saúde;

- Mesmo sem psiquiatra de plantão, o clínico geral tem competência legal e técnica para medicar e estabilizar crises agudas;
- A recusa de atendimento viola o dever constitucional de prestação contínua de serviços de saúde e pode configurar omissão de socorro, ensejando responsabilização administrativa e civil.

Argumento central: O fluxo é regional. Se o município não possuir unidade de estabilização, o Hospital Geral da região é obrigado a receber.

9. INTERSETORIALIDADE

A Defensoria Pública exerce papel estratégico na articulação da RAPS, atuando como elo entre os diferentes serviços e políticas públicas envolvidos no cuidado em saúde mental. A intervenção institucional é fundamental para integrar saúde, assistência social e sistema de justiça, garantindo respostas institucionais coordenadas e efetivas.

Dessa forma, é indispensável provocar e fomentar reuniões, pactuações e fluxos de atuação entre os CAPS, os serviços de assistência social (CRAS e CREAS) e os hospitais, especialmente nos casos complexos e recorrentes. A atuação isolada dos serviços compromete a continuidade do cuidado e fragiliza a proteção de direitos.

Muitas das falhas observadas na prática não decorrem da inexistência de serviços, mas da ausência de comunicação, articulação e corresponsabilização entre as políticas públicas. Nesse contexto, a atuação intersetorial promovida pela Defensoria é instrumento essencial para assegurar o cuidado em liberdade, a integralidade do atendimento e a efetivação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

10. DICAS DE OURO PARA USO DIÁRIO

- **Conheça sua Região de Saúde:** Consulte o Plano Regional da RAPS. Ele define exatamente qual município deve ofertar cada serviço.
- **Hospital Geral atende crise:** Urgência psiquiátrica é urgência clínica. Crise aguda vai para hospital geral, não para presídio.
- **Intersetorialidade é decisiva:** Sem moradia e renda (Assistência Social), o cuidado em saúde mental não se sustenta. O defensor é quem força essa articulação acontecer.



CONTATOS E REFERÊNCIAS ÚTEIS

Gerência Operacional de Atenção Psicossocial (SES/PB):

Telefone: (83) 3211-9039

E-mail: saudementalparaiba@gmail.com

EAP Desinstitucionalização: Acionamento via NAJ.

E-mails: clarissa.guedes@tjpb.jus.br,

mayara.lima@tjpb.jus.br

Este manual foi elaborado com base nas diretrizes da Gerência de Saúde Mental da SES/PB (Dados de Outubro/2025).

CURSOS E MATERIAIS OFERTADOS PELA ESCOLA SUPERIOR DA DEFENSORIA PÚBLICA DA PARAÍBA

A atuação da Defensoria Pública no campo da saúde mental exige sensibilidade, técnica e articulação constante com a rede de políticas públicas. Defender o cuidado em liberdade, a autonomia e a dignidade das pessoas em sofrimento psíquico faz parte da missão institucional e orienta cada atendimento, ofício e intervenção judicial.

Para apoiar essa prática e fortalecer a formação continuada, a Escola Superior da Defensoria Pública da Paraíba (ESDP-PB) disponibiliza cursos e capacitações voltadas à saúde mental, à política antimanicomial, à desinstitucionalização e ao trabalho em rede.

Os cursos podem ser acessados pelo link:

Curso de Saúde Mental

Aula 1: A DP e a reorientação jurídica das medidas de segurança à luz da Reforma Psiquiátrica Expositor: Patricia Magno (DPE/RJ) Mediação: Raissa Palitot (DPE/PB)

Clique aqui para acessar <https://www.youtube.com/watch?v=RKrgEzpBQ44&t=1s>

Aula2: A função da perícia forense: o diálogo entre psiquiatras e operadores do direito Expositora: Manuella Rodrigues de Almeida Lima (Perita TJ/GO) Mediação: Aline Salles (DPE/PB) e Phillipe Mangueira (DPE/PB)

Clique aqui para acessar <https://www.youtube.com/watch?v=Pg0LqcARdaM>

Aula 3: Internação compulsória e judicialização da saúde Expositora: Thaisa Guerreiro (DP/RJ) Mediação: Marcos Souto (DPE/PB)

Clique aqui para acessar <https://www.youtube.com/watch?v=fJmyaFdUpp4>

Aula 4: Curatela e Tomada de Decisão Apoiada - o modelo social e o exercício da capacidade jurídica Expositora: Cintia Guedes (DP RJ) Mediação: Naiara Della Bianca (DPE/PB)

Clique aqui para acessar <https://www.youtube.com/watch?v=2VrMNcH12C8>

Aula 5: Violências contra as Mulheres e o Sofrimento Mental: mapeando a RAPS Expositora: Hildevânia Macedo (CAPS - PB) Mediação: Raissa Paillot (DP PB)

Clique aqui para acessar <https://www.youtube.com/watch?v=Q9Z5SvePtCo>

Funcionamento da Rede de Atenção à Saúde Mental da Paraíba. Renata Rayane

Clique aqui para acessar <https://youtube.com/live/nxEDmewalDo?feature=share>

Além disso, materiais de apoio, como peças processuais e modelos de atuação, estão disponíveis por meio do link abaixo, servindo como instrumento prático para a atuação cotidiana da Defensoria Pública.

Clique aqui para acessar <https://drive.google.com/drive/folders/1wivLUZRNHnqBKq7K>

O compromisso da Defensoria Pública é assegurar que cada pessoa seja tratada com humanidade, respeito e garantia plena de direitos, independentemente do diagnóstico ou da condição social. Que este manual sirva como instrumento prático para a atuação diária, fortalecendo uma Defensoria Pública mais preparada, próxima da realidade e alinhada aos princípios da reforma psiquiátrica.

Defender a saúde mental é defender direitos.



Defensoria Pública do Estado da Paraíba



ESDPB

Diretora geral: Monaliza Maelly Montenegro
Diretora de ensino: Mariane Oliveira Fontenelle
Estagiária de pós-graduação: Nicole Fiari Tigre

REVISÃO E DIAGRAMAÇÃO
Diretoria de Comunicação