



Sugestão encaminhada pelo Instituto Cidade Segura (ICS) à Assembleia Legislativa do RS em 08 de dezembro de 2025

PROJETO DE LEI Nº /2025

Estabelece as diretrizes para Programa Estadual de Atendimento Integrado a Pessoas em Risco Agudo por Sofrimento Psíquico e/ou abuso de substâncias, com base em Equipes de Ligação Operacional (ELO) formadas por profissionais da Saúde Mental, do Serviço Social e da Segurança Pública e dá outras providências.

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Considerando os princípios constitucionais, destacadamente o princípio da dignidade da pessoa humana, fundamento da República Federativa do Brasil (art. 1º, inc. III, CF), que garante que cada pessoa é intrinsecamente merecedora de respeito, assegurando um mínimo existencial (necessidades básicas como educação, saúde e segurança) e atuando como um limite à atuação do Estado, impedindo o tratamento desumano;

Considerando as normas estabelecidas pela Lei Estadual nº 9.716, de 7 de agosto de 1992, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul e pela Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, nº 10.216 de 6 de abril de 2001;

Considerando que pessoas em surto psiquiátrico ou em agudo sofrimento por conta de problemas de saúde mental e/ou abuso de substâncias precisam de atendimento especializado de emergência, o que demanda saber técnico específico;

Considerando que o atendimento em casos de agudo sofrimento psíquico agrega riscos a todos os envolvidos, sendo comum ocorrências em que as pessoas em sofrimento manifestam condutas autoagressivas ou heteroagressivas;

Considerando que, em todo o mundo, é comum que o primeiro atendimento desse tipo de ocorrência seja feito por policiais que não possuem formação na área de saúde mental, o que tem implicado em altas taxas de violência, riscos aos próprios policiais e em letalidade por ação policial;

Considerando as evidências internacionais mais robustas encontradas em estudos científicos de alta qualidade que mediram os resultados de programas alternativos de atendimento a ocorrências dessa natureza em diferentes países;

Estabelecemos:

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Lei estabelece as diretrizes a serem observadas para uma política pública de primeiro atendimento a pessoas em crise aguda por conta de sofrimento psíquico e/ou abuso de substâncias com o objetivo de reduzir a necessidade do uso da força e de respostas violentas; de evitar o escalonamento das crises e o agravamento de danos e de reduzir significativamente os riscos de todos os envolvidos e as taxas de letalidade.

Art. 2º A política pública de primeiro atendimento a pessoas em crise aguda por conta de sofrimento psíquico e/ou abuso de substâncias será desenvolvida com base na formação em todo o estado de Equipes de Ligação Operacional (ELO) formadas por profissionais da Saúde Mental, do Serviço Social e da Segurança Pública, sendo nomeada como "Programa Estadual de Atendimento ELO".

Art. 3º O Programa Estadual de Atendimento ELO tem os seguintes princípios:

- I - Atuação integrada entre Saúde Mental, Assistência Social e Segurança Pública;
- II - Prevalência da lógica de cuidado, acolhimento e prevenção de danos;
- III - Redução de letalidade de todos os envolvidos no atendimento e de vitimização de terceiros;
- IV - Proteção dos direitos humanos de todos os envolvidos no atendimento;

V - Promoção de encaminhamentos adequados à rede de atenção psicossocial;

VI - Formação especializada e contínua dos profissionais envolvidos;

VII - Monitoramento e avaliação contínua baseada em evidências científicas;

VIII - Transparência e *accountability*.

CAPÍTULO II ESTRUTURA E ATRIBUIÇÕES

Art. 4º O Programa ELO será estruturado:

I - Pelo ELO Central, núcleo estadual de gestão coordenado pela Secretaria de Segurança Pública, com participação das Secretarias de Saúde e Assistência Social;

II - Pelas Equipes de Ligação Operacional (ELO) formadas por profissionais da Saúde Mental, do Serviço Social e da Segurança Pública designados pela rede estadual ou municipal;

III - Pelo Comitê Estadual de Monitoramento e Avaliação (CEMA-ELO), destinado a acompanhar resultados, indicadores e recomendações de aperfeiçoamento.

Art. 5º Compete ao ELO Central:

I - Elaborar protocolos únicos intersetoriais para atendimento de crises;

II - Definir o plano anual de formação continuada;

III - Manter banco de dados com as informações das ocorrências atendidas, com georreferenciamento e gravações das imagens e áudios do atendimento; descrição dos sintomas da pessoa em crise, histórico de internações e atendimentos na área da Saúde Mental; presença ou não de conduta autoagressiva ou heteroagressiva, incluindo ideação suicida; presença ou não de ameaça do paciente com uso de arma; eventuais recursos de força e/ou imobilização empregados; se houve lesões provocadas quando do atendimento ao paciente e/ou aos servidores que prestaram o atendimento; o desfecho do atendimento e encaminhamentos definidos pela equipe ELO;

IV - Integrar o Programa ELO às centrais de emergência (190 e 192), às Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), aos CAPS e ao SAMU;

V - Desenvolver sistema de avaliação de efetividade baseado em indicadores objetivos de resultado;

VI - Estabelecer parcerias com instituições de pesquisa para monitoramento científico do programa.

Art. 6º Compete às Equipes de Ligação Operacional (ELO):

I - Realizar atendimento especializado em ocorrências envolvendo crise aguda de civis ou policiais por sofrimento psíquico, por transtornos mentais ou uso abusivo de substâncias;

II - Empregar técnicas de desescalada em saúde mental, verbais e não-verbais, negociação e manejo de comportamento em crise;

III - Encaminhar a pessoa atendida para os serviços da Rede de Atenção Psicossocial;

IV - Registrar todos os atendimentos de forma padronizada;

V - Realizar acompanhamento de casos de alta complexidade;

VI - Participar de avaliações de resultados e pesquisas sobre efetividade.

Art. 7º O Comitê Estadual de Monitoramento e Avaliação (CEMA-ELO) será um órgão de Controle Social de formação paritária composta por 14 membros, sendo sete deles indicados pelo Governo do Estado e sete indicados pela Sociedade Civil.

Parágrafo único: As indicações da Sociedade Civil serão realizadas por decisão de pelo menos 3/5 dos votos das seguintes entidades: Fórum Gaúcho de Saúde Mental, Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul (APRS); Instituto Cidade Segura (ICS), Movimento dos Direitos Humanos (MDH); Movimento Negro Unificado (MNU) e a Clínica Feminista da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Art. 8º O Comitê Estadual de Monitoramento e Avaliação (CEMA-ELO) produzirá relatório anual público, contendo:

I - Análise dos principais indicadores;

II - Avaliação de efetividade;

- III - Recomendações de aperfeiçoamento;
- IV - Metas para o ano seguinte;
- V - Análise de custo-efetividade;
- VI - Comparação com modelos internacionais.

CAPÍTULO III

FORMAÇÃO E CERTIFICAÇÃO

Art. 9º A formação das equipes ELO seguirá os parâmetros internacionais alcançados por programas similares com os melhores resultados, incluindo, no mínimo:

- I - 40 horas de formação inicial sobre transtornos mentais, técnicas de desescalada em saúde mental, verbais e não-verbais; primeiros socorros em saúde mental; legislação; direitos humanos e uso progressivo da força;
- II - Simulações práticas e exercícios de campo;
- III - Participação de profissionais da Rede de Atenção Psicossocial, familiares, usuários e especialistas;
- IV - Módulos obrigatórios para superação dos estigmas sobre doença mental e uso de drogas e abordagem centrada na pessoa;
- V - Capacitação específica sobre trauma e suas repercussões no comportamento;
- VI - Treinamento sobre aspectos culturais e raciais relevantes no atendimento.

Art. 10º A certificação ELO será concedida aos profissionais que concluírem a formação e demonstrarem proficiência nos protocolos definidos pelo Núcleo Estadual.

Art. 11º Os policiais com a certificação ELO serão destacados prioritariamente para o atendimento de ocorrências de primeiro atendimento a pessoas em crise aguda por conta de sofrimento psíquico e/ou abuso de substâncias, sendo desvinculados do sistema padronizado de atendimento de chamadas para atendimento de ocorrências criminais do sistema 190.

Art. 12º Todos os profissionais selecionados para integrar o Programa ELO de atendimento integrado serão escolhidos considerando-se a ausência de ocorrências anteriores com esses servidores envolvendo letalidade, desvio de conduta ou queixas por uso abusivo da força e/ou discriminação ou abordagem preconceituosa.

CAPÍTULO IV INTEGRAÇÃO EM REDE

Art. 13º O atendimento das Equipes ELO deverá ser articulado com:

- I - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- II - SAMU 192;
- III - Atenção Hospitalar;
- IV - Serviços de atenção básica e equipes multiprofissionais;
- V - Serviços de proteção social especial;
- VI - Serviços de assistência judiciária;
- VII - Programas de redução de danos.

Art. 14º As unidades da Rede de Atenção Psicossocial deverão manter fluxo permanente de comunicação com o ELO Central, garantindo acolhimento adequado e priorizado para casos encaminhados pelas equipes.

CAPÍTULO V DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 15º Os municípios poderão aderir ao Programa estadual mediante termo de cooperação técnica, com acesso à formação, protocolos e sistemas de monitoramento.

Art. 16º Em todos os atendimentos de ocorrência objeto dessa Lei, se garantirá previamente às Equipes de Ligação Operacional (ELO) as informações disponíveis a respeito do histórico de problemas de saúde mental e/ou de abuso de drogas da pessoa que será atendida, assim como as informações a respeito

de seus antecedentes criminais, se possui autorização para porte de armas de fogo e/ou filiação a Clubes de Caçadores, Atiradores e Colecionadores (CAC).

Art. 17º No caso de ocorrências em que a pessoa em crise esteja armada ou havendo informações prévias de que há significativa possibilidade de que ela possa estar armada, a Equipe de Ligação Operacional (ELO) não fará a abordagem antes de se certificar das possibilidades de reação armada, devendo tomar as providências técnicas necessárias para a proteção dos membros da equipe e para a salvaguarda de terceiros.

Parágrafo único: havendo reféns, se somará à Equipe de Ligação Operacional (ELO) um profissional habilitado como negociador de crises com reféns.

Art. 18º Todos os atendimentos das Equipes de Ligação Operacional (ELO) serão gravados com câmeras corporais dos seus integrantes em imagem de alta resolução e áudio, desde o deslocamento até o desfecho da ocorrência, incluindo câmeras usadas por profissionais não-policiais.

Art. 19º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 90 (noventa) dias.

Art. 20º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

A proposição legislativa em tela, apresentada como sugestão ao Parlamento gaúcho pela Organização Não-Governamental Instituto Cidade Segura (ICS), propões diretrizes a serem observadas pelo Poder Executivo Estadual para a criação de uma política pública específica destinada a garantir atendimento qualificado às pessoas em crise aguda de sofrimento psíquico, seja por doença mental, seja por abuso de substâncias, a partir da formação de Equipes de Resposta Conjunta (*Co-Responder Teams*) denominadas aqui como Equipes de Ligação Operacional (ELO) formadas por profissionais da Saúde Mental, do Serviço Social e da Segurança Pública.

A proposição encontra amparo sólido em dados internacionais tanto sobre a gravidade do problema — violência, letalidade ou uso excessivo de força em

contextos de crise de saúde mental ou abuso de drogas — quanto sobre os benefícios evidenciados de modelos colaborativos entre polícia e serviços de saúde/assistência.

Em primeiro lugar, é importante destacar que pessoas em crise de saúde mental ou com transtornos por uso de substâncias são desproporcionalmente vulneráveis no contato com as forças de segurança. Estudos realizados nos Estados Unidos mostram que pessoas com transtornos mentais graves (*serious mental illness* - SMI) têm risco significativamente maior de vivenciar uso da força por policiais. Por exemplo, um estudo de Laniyonu & Goff (2021) mostrou que, em amostra de nove departamentos de polícia nos EUA, pessoas com SMI representavam 17,0% dos casos de uso da força e 20,2% dos suspeitos feridos em interações policiais; e o risco relativo de uso da força era 11,6vezes maior para indivíduos com SMI em relação aos sem SMI (IC 95%: 10,7-12,6). Essa magnitude de disparidade — mais de dez vezes — evidencia que não se trata de um problema marginal, mas de um risco sistemático que demanda políticas públicas estruturadas.

Organizações de referência, como a *National Alliance on Mental Illness* (NAMI, 2022), afirmam que “Pessoas com doenças mentais graves têm dez vezes mais probabilidade de sofrer uso da força em interações com a polícia do que aquelas sem doenças mentais graves”. Em contexto australiano, a revisão de Dodd (2024) indicou que o uso de força por polícia contra pessoas em crise de saúde mental revela lacunas de treinamento e protocolos, contribuindo para fatalidades evitáveis.

De modo geral, a literatura especializada tem destacado: 1) a existência de elevado volume de chamadas policiais envolvendo crise de saúde mental ou abusos no uso de substâncias; 2) os policiais encarregados do primeiro atendimento normalmente não possuem preparo para lidar com pessoa em surto psiquiátrico, desconhecendo técnicas de desescalada em saúde mental, critérios de triagem, riscos reais e possibilidades de encaminhamento clínico; 3) os resultados desse tipo de atendimento não especializado costumam se traduzir em incidentes com uso desproporcional ou desnecessário de força, ferimentos ou letalidade.

Adicionalmente, em termos de consequências para os serviços de segurança pública e saúde, essa dinâmica gera dispêndio de recursos, impacto

negativo na confiança da comunidade, e risco de agravamento de estigmas e violência institucional. Relatórios como o da *Police Executive Research Forum* (2023) apontam que os chamados relacionados à saúde mental são mais complexos e demandam maior tempo de resposta policial — situação que reforça a necessidade de modelos alternativos ou colaborativos de atendimento.

Em síntese, existe uma lacuna crítica entre o modelo tradicional de resposta policial a crises de saúde mental/uso de substâncias e as exigências de segurança, dignidade, eficiência e saúde pública. Essa lacuna se traduz em risco elevado para a pessoa em crise, para os agentes envolvidos e para a coletividade.

Para enfrentar esse desafio, modelos de *co-responder teams* — equipes compostas por policiais ou guardas municipais conjuntamente com profissionais de saúde mental e/ou assistência social têm sido implementados e avaliados em diferentes países. A seguir, destacam-se os principais achados:

O relatório da Associação Internacional dos Chefes de Polícia (*International Association of Chiefs of Police*, 2020) resume evidências de modelos de resposta conjunta. Segundo esse documento, tais modelos visam: a) melhorar a desescalada de crises comportamentais; b) reduzir prisões ou hospitalizações desnecessárias; c) promover encaminhamento a tratamento, e d) reduzir o uso da força ou o envolvimento criminal desnecessário.

No relatório do Centro de Justiça do Conselho de Governos Estaduais (*Council of State Governments Justice Center*, 2023), verifica-se que, por exemplo, no condado de Johnson (Kansas, EUA), o programa inseriu clínicos em departamentos de polícia e conseguiu evitar internações hospitalares e prisões desnecessárias, com base em encaminhamentos e planejamento intersetorial. Nesse modelo, 91% das pessoas atendidas (uma amostra de 7.584 pessoas) foram encaminhadas para atenção psicossocial sem hospitalização em uma unidade de “street triage” de St. Louis que integra o programa Unidade de Resposta a Crises (*CRU - Crisis Response Unit*) operado pela organização sem fins lucrativos *Behavioral Health Response (BHR)* em parceria com o Departamento de Polícia Metropolitana de St. Louis.

Outro estudo recente de Yang *et al* (2025) em terreno experimental examinou 2.809 turnos policiais alocados aleatoriamente em grupo-tratamento (resposta conjunta) vs. grupo de controle, com 140 participantes recrutados e

acompanhamento de 12 meses. Os autores apontam que, embora não tenha havido diferença estatisticamente significativa no número de contatos policiais subsequentes, o modelo mostrou-se promissor para departamentos policiais de áreas não urbanas. Apesar de os resultados serem ainda preliminares e com necessidade de estratégia de engajamento para reduzir evasão, esse experimento reforça a viabilidade do modelo.

Em relatório de implementação qualitativa, Fischer *et al* (2024), no contexto da Austrália (Brisbane), constataram que tanto policiais quanto clínicos consideravam que o programa de resposta conjunta era “uma melhoria substancial em relação ao atendimento usual da polícia a casos de crise de saúde mental”. Complementarmente, o *toolkit* da Bureau of Justice Assistance (BJA) para programas de *Police-Mental Health Collaboration* (PMHC) indica que tais colaborações geram menor uso da força, menos ferimentos para consumidores e policiais, mais encaminhamentos para tratamento, e menor reincidência de chamadas à polícia (Bureau of Justice Assistance, 2023). Revisão realizada por Huey *et al*. (2021) investigou o desempenho dos programas de atendimento a crises na área da saúde mental, destacando a necessidade de abordagens comunitárias que evitem respostas exclusivamente policiais. Esse estudo encontrou os melhores resultados na abordagem das Equipes de Resposta Conjunta (*Co-Responder Team – CRT*) que envolvem um policial treinado e um profissional de saúde mental. Esse programa reduz o uso da força e as taxas de prisão são baixas. Um estudo de Quebec, por exemplo, encontrou apenas 4,2% de taxa de prisão para equipes CRT contra 12,1% no grupo de controle. O atendimento CRT resulta em maior número de encaminhamentos para tratamento em serviços comunitários e em redução de 49% dos chamados de emergência para crises em saúde mental. As taxas de hospitalização são mais baixas para pessoas atendidas por CRT em comparação com aquelas atendidas por serviços comuns de patrulhamento. Em Denver (EUA), no primeiro ano de funcionamento do programa, 1.725 chamadas foram atendidas por resposta conjunta, e apenas 4% resultaram em citação ou prisão, o restante sendo conectado a cuidados de saúde mental (Office of Justice Programs, 2024).

Esses achados sustentam que a proposição legislativa é respaldada por evidência empírica internacional de que a inserção de profissionais de

saúde/assistência social em atendimento conjunto com polícia em crises de saúde mental ou uso de substâncias contribui para resultados melhores em termos de segurança, saúde e eficiência institucional.

Do ponto de vista da dignidade humana e do direito à integridade física e moral, a proposta de equipes conjuntas visa reduzir riscos de violência, de uso indevido ou letal da força e de criminalização de pessoas em sofrimento psíquico ou em situação de vulnerabilidade por abuso de substâncias. Isso responde às normas internacionais de direitos humanos e aos princípios da psicologia comunitária de resposta a crises. Em termos de segurança pública e saúde mental, o modelo reduz a sobrecarga policial e hospitalar, favorecendo encaminhamento adequado, redução de prisões indevidas e fortalecimento da assistência.

Em termos de viabilidade legislativa e operacional, a literatura aponta que o sucesso desses modelos depende de elementos como: memorandos de entendimento entre polícia e saúde, protocolos de encaminhamento, treinamento interprofissional, monitoramento e avaliação contínua. Destaque-se o estudo australiano que mostrou que barreiras culturais e de integração podem comprometer a implementação se não forem previstas no desenho (Fisher et al, 2024).

No Brasil, a par da demanda de atendimentos em saúde mental, os dados nacionais específicos de letalidade em crise de saúde mental não estão sistematizados. Sabemos, entretanto, que a vulnerabilidade social, os estigmas e a violência institucional são fenômenos destacados em nosso contexto marcado pelo encarceramento em massa, pela letalidade por ação policial e pela oferta rarefeita de alternativas de saúde mental comunitária como os CAPS.

Também por conta dessa característica, mecanismos de controle social inerentes ao Estado Democrático de Direito de impõe. O monitoramento e a avaliação contínua da aplicação do programa ELO aqui proposto deve envolver especialistas em saúde mental, segurança pública e direitos humanos indicados pela Sociedade Civil, além dos necessários mecanismos de transparência e *accountability*. Os estudos internacionais mostram que esse tipo de mensuração é viável e desejável e que a atuação das equipes deve preservar a dignidade, a privacidade e os direitos das pessoas atendidas (*International Association of Chiefs of Police*, 2024; Fischer et al. 2024).

Ao aprovar este PL que institui equipes de resposta conjunta em crises de saúde mental ou uso de substâncias, o legislador estará auxiliando o Poder Executivo a desenvolver um programa capaz de reduzir riscos de letalidade ou uso desnecessário da força em contextos vulneráveis; promover a dignidade e o reconhecimento de pessoas em sofrimento psíquico ou vulnerabilidade social e fortalecer articulação entre segurança pública e saúde/assistência social.

REFERÊNCIAS

BUREAU OF JUSTICE ASSISTANCE. **Police-Mental Health Collaboration (PMHC) Toolkit**. [S.l.: BJA], 2023. <https://bj.a.ojp.gov/program/pmhc/learning>.

COUNCIL OF STATE GOVERNMENTS JUSTICE CENTER. **Co-responder team – Justice and Behavioral Health Strategy Lab**. [S.l.: CSG Justice Center], 2023. <https://projects.csjusticecenter.org/strategy-lab/entry/co-responder-team/>.

DOOD, S. D. Police Use of Force in Mental Health Crises. ***Crime, Justice and Social Democracy Journal***, 2024. <https://doi.org/10.1177/0032258X251318210>

FISHER, O.J.; DONAHOO, C.; BOSLEY, E.; DU CLOUX, R.; GARNER, S.; POWELL, S.; PICKARD, J.; GREVIS-JAMES, N.; WYDER, M. Barriers and enablers to implementing police mental health co-responder programs: A qualitative study using the consolidated framework for implementation research. **Implementation Research and Practice** 2024 <https://doi.org/10.1177/26334895231220259>.

HUEY, Laura; ANDERSEN, Judith; BENELL, Craig; CAMPBELL, Mary A.; KOZIARAKI, Jacek; VAUGHAN, Adam D. Caught in the currents: evaluating the evidence for common downstream police response interventions in calls involving persons with mental illness. **FACET**, v. 6, p. 1409-1445, 2021. <https://doi.org/10.1139/facets-2021-0055>

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF CHIEFS OF POLICE. University of Cincinnati. **Assessing the Impact of Co-Responder Team Programs: A Review of Research** (IACP, UC), 2020. <https://www.theiacp.org/sites/default/files/IDD/Review%20of%20Co-Responder%20Team%20Evaluations.pdf>.

LANIYONU, A.; GOFF, P. A. Measuring disparities in police use of force and injury among persons with serious mental illness. *BMC Psychiatry*, v. 21, art. 500, 2021. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03510-4>

NATIONAL ALLIANCE ON MENTAL ILLNESS (NAMI). **Police Use of Force**. 2022. <https://www.nami.org/advocacy/policy-priorities/stopping-harmful-practices/police-use-of-force/>.

OFFICE OF JUSTICE PROGRAMS. **Employing Mental Health Clinicians to Improve Police Outcomes**. 2024. https://www.ojp.gov/archive/news/ojp-blogs/safe-communities/partners-in-safety/employing-mental-health-clinicians-improve-police-outcomes?utm_source=chatgpt.com

POLICE EXECUTIVE RESEARCH FORUM. **Rethinking the Police Response to Mental Health-Related Calls: Promising Models**. 2023. https://www.policeforum.org/assets/MBHResponse.pdf?utm_source=chatgpt.com

YANG, S.-M. et al. A police-clinician co-response team to people with mental illness in a suburban-rural community: a randomized controlled trial. *Journal of Experimental Criminology*, 2024. <https://doi.org/10.1007/s11292-023-09603-8>