



Relatório de Atuação da Equipe Interprofissional de Referência em Saúde Mental (INTERSAM), com base na Política Antimanicomial, 2024



LABORATÓRIO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS
E PRÁTICAS EM POLÍTICAS PENAS E
SOCIOEDUCATIVAS GMF | TJPR



INTERSAM

Equipe Interprofissional de
Referência em Saúde Mental

Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná - GMF/TJPR

Supervisão

Desembargador Ruy Muggiati (GMF/TJPR)

Coordenação Geral de Políticas Penais

Eduardo Lino Bueno Fagundes Júnior (GMF/TJPR)

Coordenação de Políticas Socioeducativas

Maria Roseli Guiesmann (GMF/TJPR)

Organização

Laboratório Interdisciplinar de Estudos e Práticas em Políticas Penais e Socioeducativas (LIEP)

Edição de Conteúdo

Adriana Accioly Gomes Massa (GMF/TJPR-LIEP-INTERSAM)
Ana Carolina Walker Ribeiro da Fonseca (GMF/TJPR-LIEP-INTERSAM)
Any Kamilla dos Santos (GMF/TJPR-LIEP-INTERSAM)
Briza Feitosa Menezes (GMF/TJPR-LIEP-INTERSAM)
Danielle Motta Barbosa Vieira (GMF/TJPR-LIEP-INTERSAM)
Jéssica Miyuki Kochi (GMF/TJPR-LIEP-INTERSAM)
Lígia Assis Soares (GMF/TJPR-LIEP-INTERSAM)
Maisa Baiersdorf Schneider (GMF/TJPR-LIEP-INTERSAM)
Marisia Schwab Casimiro (GMF/TJPR-LIEP-INTERSAM)

Revisão

Adriana Accioly Gomes Massa (GMF/TJPR-LIEP-INTERSAM)
Ana Carolina Walker Ribeiro da Fonseca (GMF/TJPR-LIEP-INTERSAM)
Jéssica Miyuki Kochi (GMF/TJPR-LIEP-INTERSAM)
Danielle Motta Barbosa Vieira (GMF/TJPR-LIEP-INTERSAM)

Projeto Gráfico e Diagramação

Adriana Accioly Gomes Massa (GMF/TJPR-LIEP-INTERSAM)
Ana Carolina Walker Ribeiro da Fonseca (GMF/TJPR-LIEP-INTERSAM)
Danielle Motta Barbosa Vieira (GMF/TJPR-LIEP-INTERSAM)
Jéssica Miyuki Kochi (GMF/TJPR-LIEP-INTERSAM)

LISTA DE SIGLAS

APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APEC - Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada
BPC - Benefício de Prestação Continuada
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CEIMPA - Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial
CEMES - Central de Medidas de Segurança
CEVID - Coordenadoria Estadual da Mulher em Situação de Violência Doméstica e Familiar
CID - Classificação Internacional de Doenças
CMP - Complexo Médico Penal
CNJ - Conselho Nacional de Justiça
CPP - Código de Processo Penal
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social
CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DMF - Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas
EAP - Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei
GMF - Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas
HCTP - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
INTERSAM - Equipe Interprofissional de Referência em Saúde Mental
LIEP - Laboratório Interdisciplinar de Estudos e Práticas em Políticas Penais e Socioeducativas
MC - Medida Cautelar
MS - Medida de Segurança
PAI-PJ - Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais
PTS - Projeto Terapêutico Singular
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RAS - Rede de Atenção à Saúde
SEDEF - Secretaria do Desenvolvimento Social e Família
SEI - Sistema Eletrônico de Informações
SEJU - Secretaria de Estado da Justiça, Família e Trabalho
SESA - Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SUS - Sistema Único de Saúde
TJPR - Tribunal de Justiça do Estado do Paraná
TP - Tratamento Psiquiátrico

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	01
INTERSAM	09
Classificação dos casos novos após a interdição parcial do CMP	14
Perfil do público atendido.....	15
Entrada após a interdição parcial.....	16
Relatório da INTERSAM juntado ao processo	17
Exame de Insanidade Mental.....	18
Medida protetiva.....	18
Avaliação biopsicossocial.....	19
Vínculo familiar e comunitário.....	20
Vínculo empregatício.....	20
Acompanhamento pela saúde.....	21
Acompanhamento da rede socioassistencial.....	21
Vínculo com APAE.....	22
Escolaridade.....	22
Renda Familiar.....	23
Diagnóstico.....	24
Comarcas.....	26
Demandas em saúde mental - INTERSAM.....	29
Metodologias - INTERSAM.....	32
Dificuldades e possibilidades.....	34
Casos concretos.....	35
Atuação da INTERSAM na desinstitucionalização.....	39
Exposição e análise dos dados.....	40
Medida cautelar de internação provisória.....	44
Entrada após a interdição parcial.....	45
Distribuição por sexo.....	45

Faixa etária.....	46
Incidente de insanidade mental.....	46
Laudo psiquiátrico.....	47
Histórico de tratamento.....	47
Mapeamento dos diagnósticos.....	48
Projeto terapêutico singular.....	50
Municípios de referência.....	50
Macrorregionais.....	51
Demanda de acolhimento.....	54
Discussão.....	55

Medida de segurança

Entrada após a interdição parcial.....	59
Distribuição por sexo.....	59
Faixa etária.....	60
Incidente de insanidade mental.....	61
Laudo psiquiátrico.....	62
Histórico de tratamento.....	62
Mapeamento dos diagnósticos.....	63
Exame de cessação de periculosidade.....	65
Projeto terapêutico singular.....	65
Municípios de referência.....	66
Macrorregionais.....	67
Demanda de acolhimento.....	69
Discussão.....	70

Tratamento Psiquiátrico.....73

Classificação dos casos.....	74
Distribuição por sexo.....	75
Faixa etária.....	76
Municípios de referência.....	77
Macrorregionais.....	78
Histórico de tratamento.....	80
Mapeamento dos diagnósticos.....	81
Transferência ao CMP.....	86
Entrada após a interdição parcial.....	86
Incidente de insanidade mental.....	84
Laudo psiquiátrico	84



Média de permanência no CMP.....	85
Discussão.....	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90

APRESENTAÇÃO

O Relatório de atividades realizadas pela Equipe Interprofissional de Referência em Saúde Mental (INTERSAM), do Laboratório Interdisciplinar de Estudos e Práticas em Políticas Penais e Socioeducativas (LIEP-GMF/TJPR), no período de março a outubro de 2024, busca demonstrar as possibilidades e limites verificados quando da implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário no Estado do Paraná.

Importante esclarecer que o Laboratório Interdisciplinar de Estudos e Práticas em Políticas Penais e Socioeducativas (LIEP), criado no final de 2023, é parte integrante da estrutura do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (GMF) do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, composto por assessoria especializada, especialmente, nas áreas de Psicologia e Serviço Social, e tem como objetivo principal promover a análise crítica e a implementação de práticas inovadoras que contribuam para o desenvolvimento das políticas penais e socioeducativas, bem como, com a melhoria do sistema penal e socioeducativo no Estado do Paraná.

Suas principais atribuições são: suporte técnico às ações do GMF, com foco na atuação articulada em rede; acompanhamento de grupos de trabalho, comissões e regimes especiais de atuação ou mutirões vinculados ao GMF; fomento à pesquisa e aos estudos sobre temas atinentes às políticas penais e socioeducativas e, proposição e qualificação de metodologias e técnicas voltadas às políticas penais e socioeducativas.

Dentre os serviços que fazem parte da estrutura do LIEP está a Equipe Interprofissional de Referência em Saúde Mental (INTERSAM), criada em março de 2024, com base no artigo 2º, inciso V, da Resolução nº 487/2023, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). A INTERSAM, composta por profissionais das áreas da Psicologia e do Serviço Social, possui competência para atuar na interface entre o Poder Judiciário, a Saúde e a Proteção Social; do Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada (APEC); do Serviço de Acompanhamento de Alternativas Penais; da EAP ou outra equipe conectora, prestando orientação e contribuindo para a efetividade da Política Antimanicomial do Estado.

Ademais, a INTERSAM presta assessoramento aos magistrados do Poder Judiciário na articulação com as redes de saúde e socioassistencial, bem como, com os demais equipamentos públicos e serviços fundamentais às situações cotidianas abrangidas pelo escopo da Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

A política antimanicomial pode ser considerada um movimento que busca transformar o modelo tradicional de tratamento em saúde mental, priorizando a desinstitucionalização e a reintegração social dos indivíduos com transtornos mentais. No Brasil, esse movimento ganhou força a partir da década de 1970, tendo seu ápice a partir da Lei nº 10.216 de 2001, que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental para serviços comunitários e de base territorial.

Em fevereiro de 2023, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) aprovou a Resolução nº 487, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Essa Resolução estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei nº 10.216/2001 no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.

Assim, a política antimanicomial visa garantir que pessoas com transtornos mentais recebam tratamento humanizado, focado na reintegração social e no respeito aos direitos humanos, evitando a segregação e o isolamento característicos dos modelos manicomiais tradicionais.

Para auxiliar na implementação da política antimanicomial, o CNJ elaborou um manual que oferece orientações técnicas e informações sobre serviços, programas e benefícios relacionados.

Ressalta-se que, apesar da Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, já ter mais de duas décadas, a implementação da política no sistema penal é um grande desafio.

Dentre os principais obstáculos que dificultam a aplicação plena da política antimanicomial no Brasil, a qual se propõe a substituir o modelo hospitalocêntrico por um modelo de cuidado baseado em serviços comunitários e de apoio social, está:

a) a inadequação da infraestrutura, considerando que inicialmente ainda não havia sido instituída as Equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) e, muitos municípios ainda não possuem Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) bem estruturadas e equipadas e com capacidade para atender a demanda local, muito menos as demandas advindas do sistema penal;

b) A mudança paradigmática que a Res. 487/2023 - CNJ traz no tratamento de pessoas com transtornos mentais ou deficiências psicossociais em conflito com a lei, promovendo a desinstitucionalização e a reintegração social desses indivíduos, considerando que ela enfatiza a necessidade de substituir o modelo hospitalocêntrico por uma abordagem baseada em serviços comunitários e de apoio social, alinhada aos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, além de assegurar que pessoas com transtornos mentais recebam tratamento humanizado, focado na reintegração social, no cuidado e no respeito aos direitos humanos, evitando a segregação e o isolamento característicos dos modelos manicomial tradicionais; e, também,

c) a superação da estigmatização em torno de pessoas com transtornos mentais, especialmente quando envolvidas no sistema penal. O preconceito social dificulta tanto a aceitação de políticas de reintegração social quanto a aplicação de alternativas comunitárias de tratamento. Para a superação dos preconceitos e estigmas sociais é necessário um trabalho de sensibilização e educação que desfaça preconceitos e valorize abordagens baseadas em direitos humanos.

Justamente pensando nos desafios da implementação da Política Antimanicomial no Poder Judiciário é que foi elaborado este Relatório, com base nas ações, nos dados atinentes aos atendimentos e estudos, como forma de registrar historicamente parte da implementação da Resolução 487/2023 no Estado do Paraná, especialmente no que diz respeito ao trabalho das equipes multidisciplinares do Poder Judiciário.

O Relatório está dividido na atuação da INTERSAM com os casos novos de medida de segurança e cautelar de internação, pós interdição parcial do Complexo Médico Penal, em 27 de fevereiro de 2023 e, com os casos atinentes às pessoas internadas no Complexo Médico Penal no período da pesquisa, de julho a setembro de 2024.

Essa divisão está destacada com diferentes cores no cabeçalho:



Casos novos de medida de segurança e cautelar de internação, pós interdição parcial



Casos atinentes às pessoas internadas no Complexo Médico Penal no período da pesquisa

Esperamos que este estudo possa contribuir com os atores que atuam, as mais diversas instâncias, da Política Antimanicomial do Paraná e do Brasil.

Equipe LIEP - INTERSAM

HISTÓRICO DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL NO PARANÁ

Após promulgada a Resolução 487/2023, em 15 de fevereiro de 2023, no Estado do Paraná, com incentivo e participação do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário, foi instituído, primeiramente, no âmbito do Poder Executivo do Estado do Paraná, através da Casa Civil, o Grupo Interinstitucional de Trabalho para Implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário do Estado do Paraná, via Decreto Estadual n. 2.029/2023, de 15/05/2023.

Este grupo, foi composto por representantes da Casa Civil; da Secretaria de Estado da Saúde; da Secretaria de Estado de Segurança Pública; da Secretaria do Estado de Desenvolvimento Social e Família; da Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania; do Poder Judiciário (preferencialmente da Corregedoria Geral de Justiça, Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e Vara de Execuções Penais); do Ministério Público (preferencialmente dos Centros de Apoio Criminal e da Saúde); da Defensoria Pública estadual (preferencialmente do Núcleo da Política Criminal e da Execução Penal); da Secretaria Municipal de Saúde de Pinhais (município em que está situado o Complexo Médico Penal do Estado do Paraná); da Ordem dos Advogados do Brasil e da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná.

Posteriormente, em 11 de agosto de 2023, foi expedida, no âmbito do Poder Judiciário Paranaense, a Portaria 1.1175/2023-DM, que dispõe sobre a criação, no âmbito do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (TJPR), do Grupo de Trabalho (GT) de Saúde Mental de pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial em conflito com a lei, além de outras providências. Posteriormente, com base na Res. 487/2023, ocorreu a fusão do grupo inicialmente criado pelo Decreto Estadual 2029/2023 com o GT criado pela Portaria 1.1175/2023.

Foi aprovada pela Presidência do TJPR, em 23 de julho de 2024 (SEI 0135686-82.2023.8.16.6000), a transformação do Grupo de Trabalho em Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial (CEIMPA), estando pendente de publicação o ato normativo.

Atualmente, o GT/CEIMPA é formalmente composto por representantes das seguintes instituições: Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, Ministério Público do Estado do Paraná, Defensoria Pública do Estado do Paraná, Federação dos Conselhos da Comunidade do Estado do Paraná, Departamento de Polícia Penal do Estado do Paraná, Procuradoria-Geral do Estado (representando a Casa Civil do Estado do Paraná), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná, Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria do Desenvolvimento Social e Família, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura do Ministério de Direitos Humanos da Presidência da República, Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, Conselho Regional de Psicologia do Paraná e Conselho Regional de Serviço Social. Destaca-se que a Ordem dos Advogados do Brasil - Seção Paraná foi oficiada para compor o GT/CEIMPA, estando pendente a indicação de representante.

Nas reuniões do CEIMPA passou a ser debatido o Plano de Trabalho acerca do Complexo Médico Penal, bem como a elaboração de uma proposta de Instrução Normativa para a instituição da política pública de Atenção Integral às pessoas com sofrimento mental em conflito com a lei no Estado do Paraná, para dar suporte e apoio interinstitucional, especialmente dos serviços socioassistenciais e de saúde mental, das medidas adotadas no processo de interdição.

Nesse contexto, em observância a Despacho do Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF/CNJ), instalou-se Gabinete de Crise com dois objetos: a elaboração do Plano de Interdição Total das Funções Sanitárias do Complexo Médico Penal, já em discussão no Comitê supra, e tratar da grave situação do CMP, considerando os numerosos relatos e registros de violações de direitos humanos que alcançaram tanto a população de pessoas com transtorno mental como aquela de pessoas privadas de liberdade em regime de prisão cautelar ou de cumprimento de pena.

Após sucessivos encontros do Gabinete de Crise, o TJPR determinou Regime de Atuação Especial com a finalidade de executar o Plano de Trabalho acerca do Complexo Médico Penal, estabelecendo prioridades, segundo critérios de saúde, para atuar, de maneira sistemática, no endereçamento das etapas destacadas no plano de interdição. Desse Regime de Atuação Especial, participam membros do Poder Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria do Estado com competência jurisdicional bastante à execução do plano.

VISITA TÉCNICA REALIZADA PELA EQUIPE DO GMF E SESA

Em 2024 o GMF realizou a visita técnica nas cidades de Belo Horizonte e Goiania, com o intuito compreender a metodologia e ampliar as referências operacionais de implementação de equipes conectoras, no qual atua com interface entre o Sistema de Justiça, o Sistema Único de Saúde e o Sistema Único de Assistência Social, sendo estes os principais atores para o processo de desinstitucionalização e a implementação de substitutos ao modelo manicomial no tratamento de pessoas em conflito com a lei.

A equipe contou com a desembargadora Priscilla Placha Sá, a assistente social Adriana Accioly Gomes Massa e as psicólogas Maisa Baiersdorf Schneider e Briza Feitosa Menezes. Ademais, como representante da Coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, participou da visita a assistente social Suelen Letícia Gonçalves.

Figura 1 - Reunião com Conselho Nacional de Justiça em visita técnica



Em Belo Horizonte a equipe foi recepcionada pela desembargadora Márcia Maria Milane, coordenadora-geral do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG) e pelo juiz Luíz Fernando Nigro Corrêa, responsável pela Central de Medidas de Segurança 4.0. Durante a visita foi possível conhecer a estrutura do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário, que há mais de 20 anos oferece ao paciente judiciário e a família o atendimento integral por meio da equipe multidisciplinar. Existe no projeto cerca de 1.300 pacientes judiciários acompanhados. Ainda, foi possível conhecer o Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), equipamento semelhante ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Durante a visita em Goiânia o grupo teve a possibilidade de acompanhar o Programa de Atenção ao Louco Infrator, criado pela Promotoria de Justiça da Execução Penal de Goiânia. Instituído em 2006 entre um convênio com as Secretarias de Saúde e de Justiça do Estado. A partir da Lei nº 10.216/2001, o Estado de Goiás foi o pioneiro diante da luta antimanicomial, sendo que não há manicômios judiciários. Já foram atendidas cerca de 1.026 usuários já acessaram o projeto desde a inauguração da medida até o fim da medida de segurança. Até o momento da visita da equipe o projeto contava com 383 usuários atendidos, sendo 54 em regime de internação, enquanto os demais estavam em tratamento ambulatorial.

Figura 2 - Visita técnica no Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM)



Ao final da visita de Goiânia, a equipe se reuniu com o supervisor do GMF/GO, desembargador Fernando de Mello Xavier, com o juiz auxiliar da Presidência e membro do GMF, Reinaldo de Oliveira Dutra, e com o servidor do GMF Leandro Pereira Cardoso.

O GMF realizou também uma visita técnica ao Distrito Federal, em uma reunião com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) realizado com a assistente social do Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema Socioeducativo (DMF/CNJ), Melina Machado Miranda. Além disso, a reunião teve a presença do coordenador-geral de Normas, Estudos e Projetos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Departamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde, João Mendes de Lima Júnior. Deste modo, a reunião abordou assuntos como o fortalecimento da RAPS e dos programas de qualificação profissional, bem como reforçar o compromisso de desinstitucionalização progressiva de usuários das medidas de segurança.

Figura 3 - GMF em reunião técnica



INTERSAM

A Equipe Interprofissional de Referência em Saúde Mental (INTERSAM) foi criada, no âmbito Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, a partir do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e de Execução de Medidas Socioeducativas (LIEP-GMF/TJPR), em conformidade com o artigo 2º, inciso V, da Resolução no 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei no 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. A INTERSAM faz parte do Laboratório Interdisciplinar de Estudos e Práticas em Políticas Penais e Socioeducativas do GMF/TJPR.

O dispositivo mencionado prevê a composição de uma "equipe técnica multidisciplinar que tenha experiência e incursão nos serviços com interface entre o Poder Judiciário, a saúde e a proteção social; do Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada (Apec); do Serviço de Acompanhamento de Alternativas Penais; da EAP ou outra equipe conectora."

Composta por servidoras das áreas da Psicologia e do Serviço Social, a INTERSAM possui competência para auxiliar os juízos no diálogo com as equipes conectoras da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e demais equipamentos públicos fundamentais às situações cotidianas abrangidas pelo escopo da referida Resolução.

Importante destacar que a atuação da INTERSAM não se confunde com a da Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) ou equipe conectora, que também é uma equipe multidisciplinar, porém do Sistema Único de Saúde (SUS), prevista na Resolução, mas que irá acompanhar o tratamento em saúde mental durante todas as fases do procedimento criminal, com o objetivo de apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e para viabilizar o acesso à Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Ademais, a EAP fará as avaliações biopsicossociais, nos casos de internação, afim de se verificar as possibilidades de reversão do tratamento para modalidades em liberdade ou mesmo para sua extinção.

A equipe da INTERSAM tem atuação direta com a EAP/SESA, visando a efetivação e efetividade das medidas em saúde mental, sobretudo a realização do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Logo após a interdição parcial do Complexo Médico Penal, em 28 de fevereiro de 2024, e considerando, à época, a ausência da Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) ou da equipe conectora, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Paraná, a equipe da INTERSAM passou a realizar avaliação técnica preliminar nos casos em que fosse determinada a internação como medida cautelar ou medida de segurança.

Assim, tendo em vista que, na interdição parcial, não era mais possível o encaminhamento de pessoas em medida de segurança ou cautelar de internação para o Complexo Médico Penal, foi construído um fluxo inicial de recebimento, após discussão interinstitucional entre as equipes da LIEP/INTERSAM e SESA. Ficou à INTERSAM, provisoriamente, até a implementação da EAP, a responsabilidade pela avaliação preliminar, orientação e incursão nos sistemas de justiça, saúde e assistência social

A base metodológica para construção do fluxo contou com o processo dialógico interinstitucional, além do levantamento dos serviços ofertados pela rede. Nas semanas iniciais de implementação da política antimanicomial ficou clara a falta direcionamento dos casos em uma direção uníssona entre as instituições e os atores responsáveis pela condução da política antimanicomial.

Figura 04 - Encontro de Sensibilização e Orientação sobre fluxos da Política Antimanicomial



A INTERSAM realizou avaliações preliminares nos processos de medida de segurança e medida cautelar de internação provisória, enviados pelas varas demandantes, durante o período de março a final de agosto.

As avaliações preliminares realizadas pela INTERSAM, enquanto ainda não existia no Estado a EAP, que consistia no levantamento sócio-histórico do paciente judiciário, incluindo aspectos importantes como vínculos familiares (preservados, prejudicados ou inexistentes), identificação de referenciamento na rede de apoio socioassistencial e de saúde, bem como, se os seus direitos estavam sendo preservados. Essas avaliações eram sistematizadas em um documento denominado Relatório Informativo e enviadas ao magistrado, fornecendo subsídios para o encaminhamento dos casos e visando deliberações judiciais mais adequadas ao caso concreto.

Entretanto, com a publicação no Diário Oficial da União, em 18/08/2024, da Portaria SAES/MS nº 2.070, de 4 de Setembro de 2024, que estabelece regras para registro da Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêutica Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) e inclui procedimento na Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde, a SESA estabeleceu, no Estado do Paraná, em setembro de 2024, uma equipe denominada EAP-Desinst Paraná, cuja regulamentação está prevista para ocorrer no início de 2025.

A referida equipe é composta por uma Assistente Social, dois Psicólogos, uma Enfermeira, uma Terapeuta Ocupacional e uma Médica Psiquiatra, ainda a ser contratada, lotados na sede da SESA no município de Curitiba.

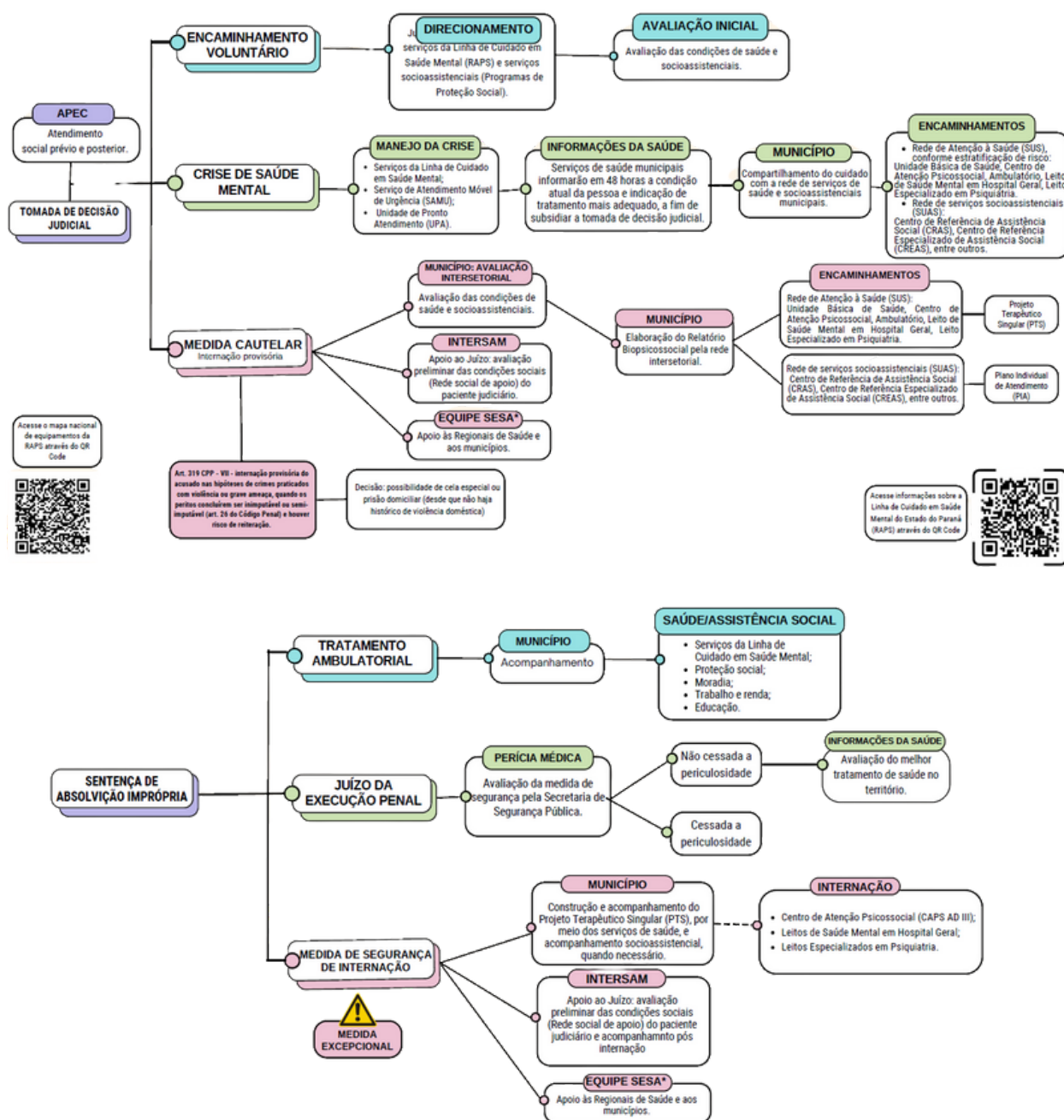
Entretanto, apesar da citada equipe ter sido formada no início de setembro, considera-se que houve a necessidade de um tempo para integração, adaptação e organização para o início da atuação. Assim, apenas no dia 01 de outubro de 2024 houve a informação do nome dos técnicos que compõe a EAP-Desinst Paraná e no dia 25 de outubro de 2024 ocorreu a primeira reunião, de forma presencial, entre a EAP-Desinst Paraná e a Intersam para alinhamento da atuação.

Nesta primeira reunião, também houve a participação de forma remota da Chefia da Divisão de Atenção à Saúde Mental e da Chefia da Divisão de Equidade da SESA e da Gestora do Laboratório Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Políticas Penais e Socioeducativas do GMF/PR (LIEP-GMF/TJPR).

Foi a partir de setembro de 2024, por deliberação do CEIMPA, a INTERSAM passou a adotar um novo fluxo, no qual os casos passaram a ser encaminhados para a EAP-SESA. Essa mudança de fluxo só foi possível com a institucionalização da EAP no contexto da Saúde do Estado.

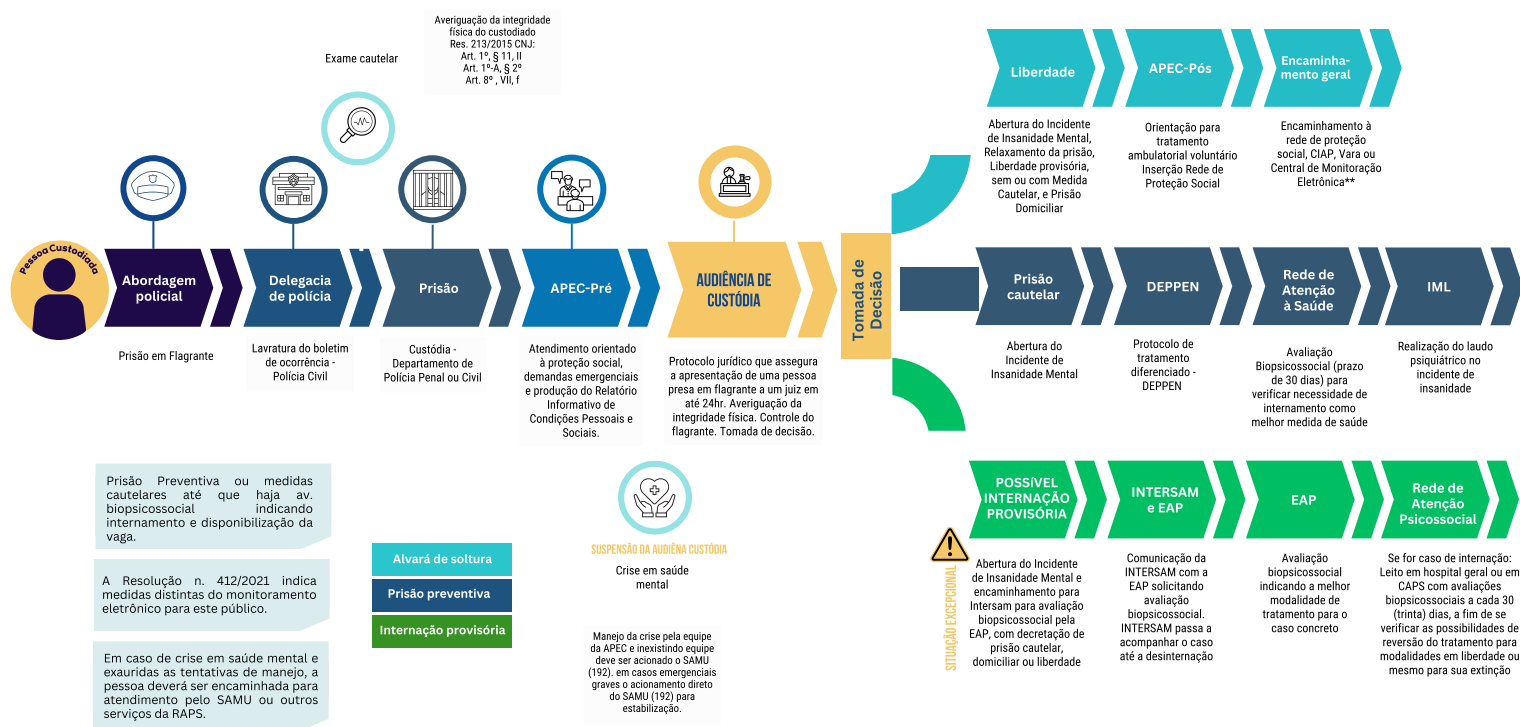
A seguir segue os fluxos construídos interinstitucionalmente. Primeiramente, aqueles previstos antes da criação da EAP e, depois, já contando a EAP, conforme prevê a Res. 487/2023.

Figura 05 - Fluxo anterior à EAP



Considerando que o processo de implementação da Política Antimanicomial do Judiciário ainda se encontra em fase de consolidação, cabe ressaltar que os fluxos ainda estão em constante elaboração, reestruturação e adaptação de acordo com a realidade encontrada no Estado do Paraná. A atualização e reestruturação dos fluxos visa, então, assegurar a coerência entre as diretrizes estabelecidas e a operacionalização das práticas interinstitucionais, respeitando as especificidades contextuais e os ajustes necessários para sua efetividade.

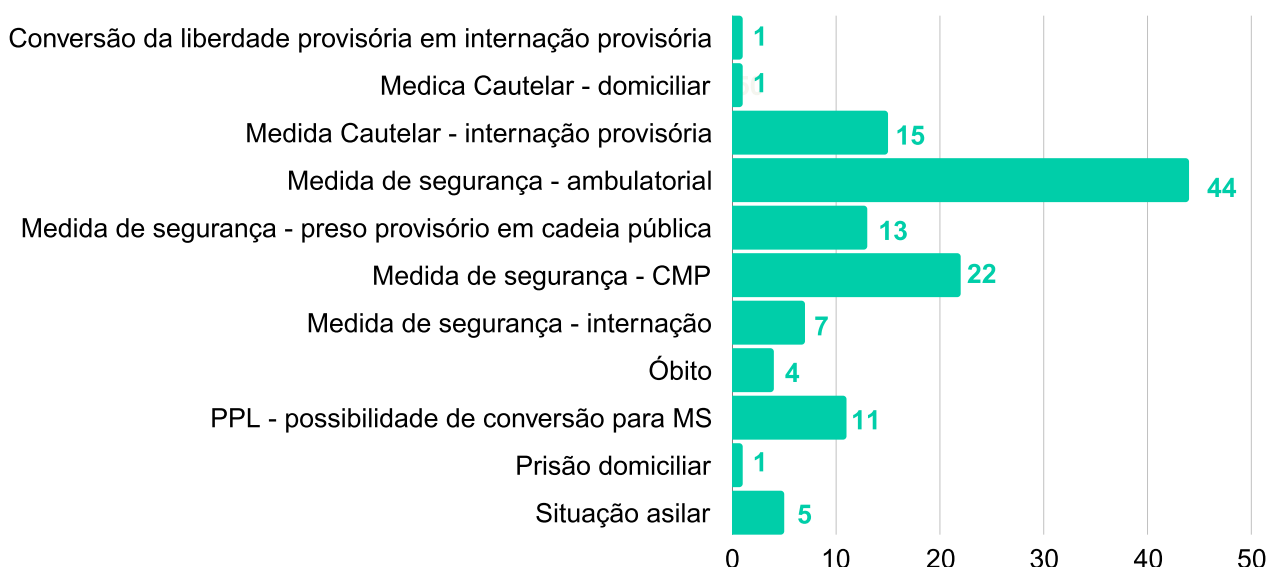
Figura 06 - Desenho do novo fluxo da Política Antimanicomial - Custódia



CLASSIFICAÇÃO DOS CASOS NOVOS APÓS A INTERDIÇÃO PARCIAL DO CMP

No período entre março a setembro de 2024, a equipe da INTERSAM-LIEP atendeu 124 casos referentes a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, em que o fluxo novo foi adotado, em razão da interdição parcial do Complexo Médico Penal . Cada caso apresentou particularidades específicas quanto ao cumprimento da pena, conforme ilustrado no gráfico subsequente:

Gráfico 01 - Classificação



Entre pessoas em medida de segurança: 44 pessoas estavam na modalidade de tratamento ambulatorial, com o Levantamento da Medida de Segurança; 22 pessoas estavam internadas no CMP; 07 estavam internadas em clínicas ou hospitais psiquiátricos; e em 13 casos havia informação de que a pessoa em medida de segurança e provisoriamente presa em cadeias públicas. Referente a medida cautelar havia 15 pessoas internadas provisoriamente (sendo uma pessoa com deficiência física - cadeirante) e 1 pessoa em domiciliar.

Como exposto no gráfico, foram identificadas outras situações em que havia indícios de transtornos mentais que estavam no processo de abertura de incidente de insanidade mental para a solicitação do laudo médico psiquiatra.

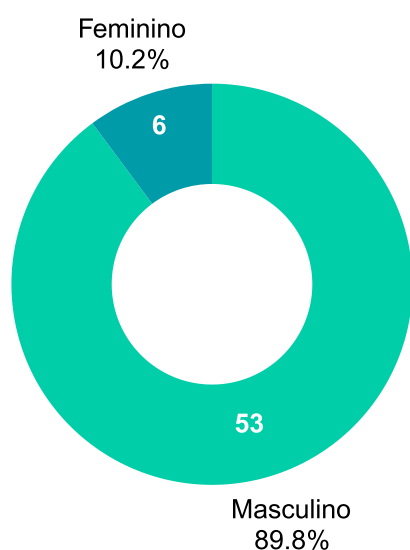
Outra situação localizada, foram 5 pessoas em situação asilar, com o alvará de soltura expedido, porém permanecem no CMP aguardando acolhimento institucional e; 4 pessoas constavam com informação de óbito. Nos casos referentes às 5 pessoas que se encontravam em situação asilar, aguardando no CMP acolhimento institucional, a Defensoria Pública do Estado do Paraná - DPEPR atua em cada caso concreto pelo Programa de Desinstitucionalização e cuidado em liberdade.

Ademais, a ação de nº 0000209-81.2024.8.16.0009, referente a um pedido de providências instaurado a partir do Ofício nº 379/2024, exarado pelo diretor do CMP, atinente as pessoas em condição asilar, em que consta a manifestação da Defensoria Pública com sugestões para resolver as situações específicas de cada pessoa em situação asilar. Por fim, no que concerne a ação de nº 0000209-81.2024.8.16.0009, o LIEP se posicionou na Manifestação 10874436, referente a sua atuação em conformidade com a Resolução CNJ nº487/2023.

PERFIL DO PÚBLICO ATENDIDO

A coleta dos dados sobre a distribuição do sexo dos casos encaminhados para análise da INTERSAM depreende-se que das 59 pessoas:

Gráfico 02 - Sexo



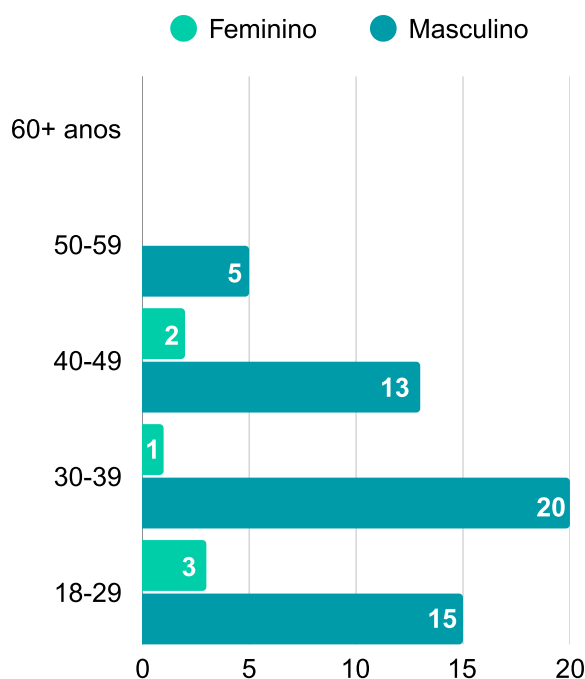
89,8% (n=53) das pessoas são do sexo masculino, enquanto 10,2% (n=6) são do sexo feminino.

Convém informar que há um caso de pessoa transsexual que se identifica com o gênero feminino, sendo contabilizado de acordo com essa designação.

Na distribuição por faixa etária, a divisão foi organizada conforme a informação do sexo biológico:

- 18-29 anos: 15 do sexo masculino e 3 do sexo feminino;
- 30-39 anos: 20 do sexo masculino e 1 do sexo feminino;
- 40-49 anos: 13 do sexo masculino e 2 do sexo feminino;
- 50-59 anos: 5 do sexo masculino e;
- 60+ anos: não consta ninguém.

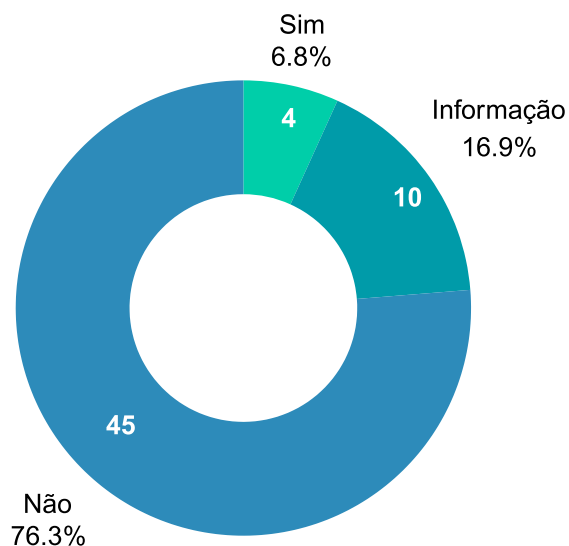
Gráfico 03 - Faixa Etária



ENTRADA APÓS A INTERDIÇÃO PARCIAL

Considerando a data da interdição parcial, que deveria ocorrer em fevereiro de 2024, será apresentado no gráfico a seguir os seguintes dados:

Gráfico 04 - Entrada após Interdição Parcial

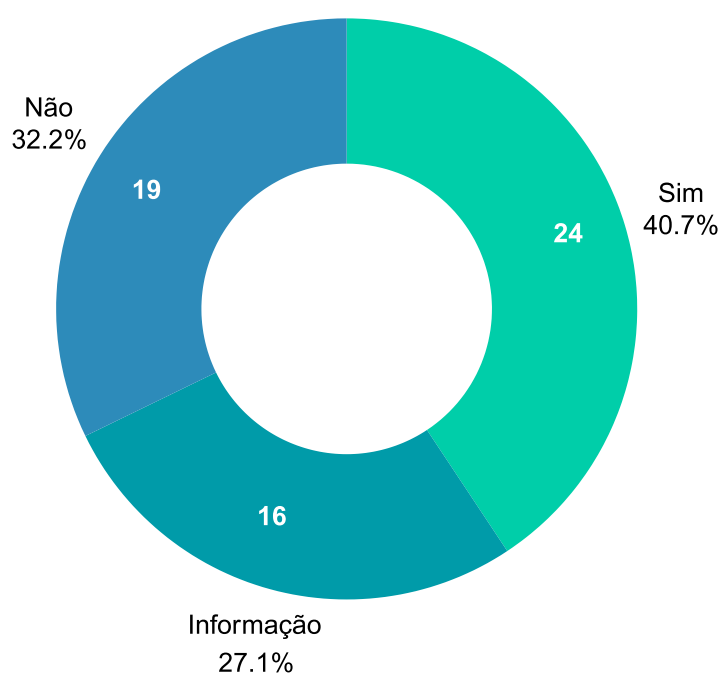


Identificou-se que 6,8% (n=4) das pessoas foram internadas no CMP após a interdição parcial; em 16,9 % (n=10) dos casos não há a informação concreta e em 76,3% (n=40) dos casos a decisão se deu em conformidade com a Resolução.

RELATÓRIO DA INTERSAM JUNTADO NO PROCESSO

As devolutivas das análises iniciais dos casos concretos ocorriam por meio de relatórios preliminares ou informação nos casos em que a pessoa em tela já se encontrava em liberdade ou em tratamento ambulatorial. O gráfico abaixo ilustra o quantitativo dos relatórios juntados nos autos dos processos.

Gráfico 05 - Relatório juntado no processo



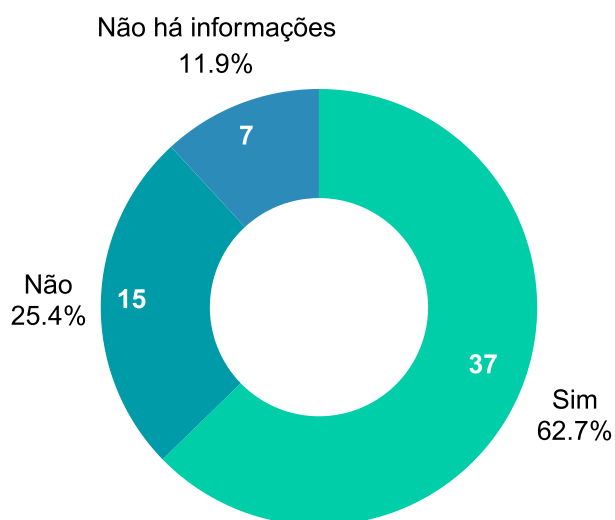
Dessa forma, foram realizadas 16 informações em que ficou prejudicada a atuação da equipe, devido ao objeto de estudo.

Referente aos relatórios preliminares, do total de 40 entregues neste período, 40,7% (n=24) foram juntados no processo e 32,2% (n=19) não foram localizados nos autos.

EXAME DE INSANIDADE MENTAL

Quanto a informação sobre a existência do exame de insanidade mental, o gráfico abaixo apresenta seguinte quantitativo:

Gráfico 06 - Exame de Insanidade Mental

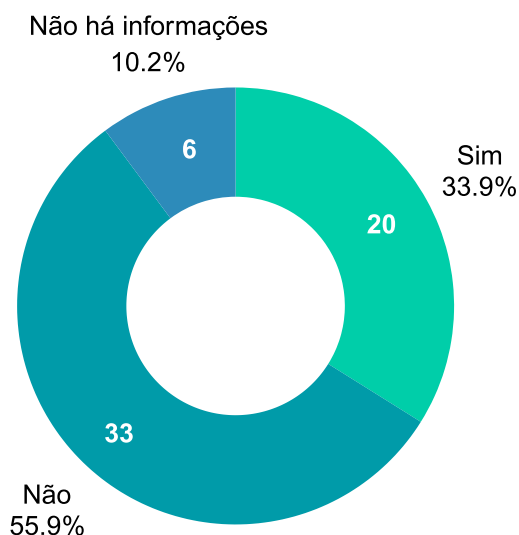


Identifica-se que em 62,7% (n=37) dos casos havia o indicativo do exame no sistema; em 11,9% (n=07) processos não foram localizados no sistema e em 24,4% (n=15) casos não havia ou estava com data agendada.

MEDIDA PROTETIVA

O gráfico abaixo ilustra a existência de medida protetiva entre os processos estudados.

Gráfico 07 - Medida Protetiva

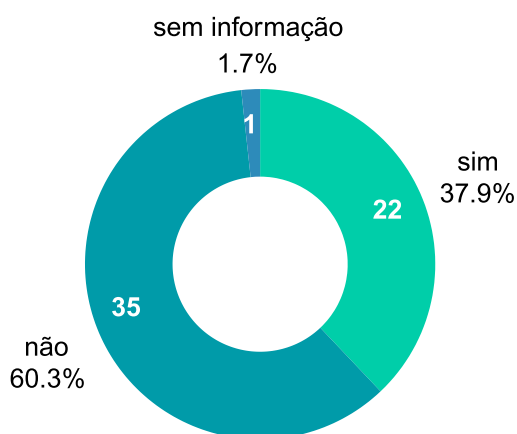


Verificou-se que em 33,9% dos casos (n=20) constava medida protetiva desfavorável à pessoa com indicativo de transtorno mental ou deficiência psicossocial; em 55,9% dos casos (n=33) não havia, e em 10,2% dos casos (n=6) não foram localizados na busca no Projudi.

AVALIAÇÃO BIOPSISSOCIAL

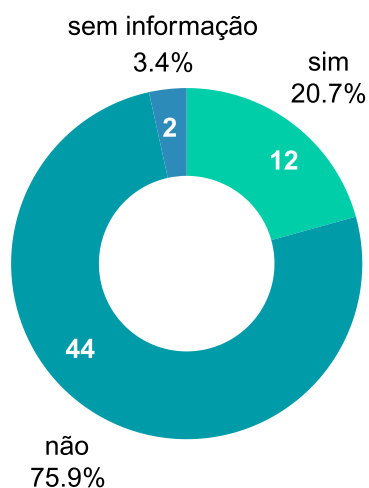
Os gráficos a seguir ilustram a quantidade de casos em que os magistrados solicitaram uma avaliação biopsicossocial junto à rede de saúde de referência dos pacientes judiciários, bem como se a requisição foi atendida.

Gráfico 08 - Solicitação da Av.Biopsicossocial



Ao analisar os dados fornecidos, verifica-se que a avaliação biopsicossocial foi solicitada em 37,9% dos casos (n=22). Por outro lado, em 60,3% dos casos (n=35), não houve tal solicitação, e em 1,7% dos casos (n=1), não foi possível localizar essa informação nos autos do processo.

Gráfico 09 - A Av.Biopsicossocial foi realizada?



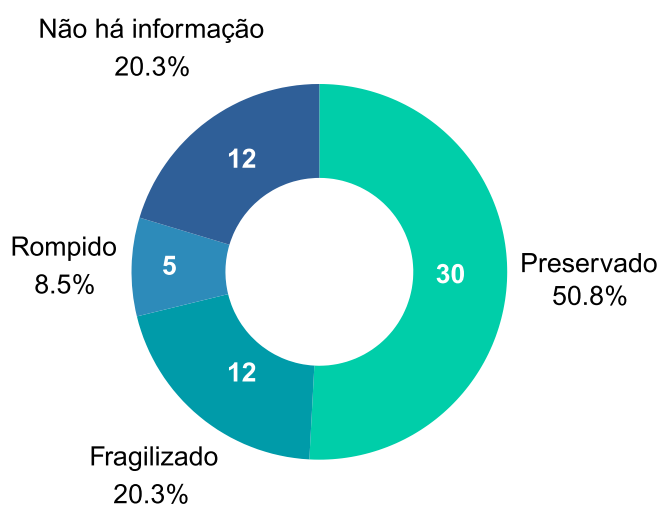
Nos casos em que os magistrados solicitaram a avaliação biopsicossocial, observa-se que apenas 20,7% (n=12) foram atendidos, enquanto 75,9% (n=44) dos pacientes não tiveram a avaliação realizada. Além disso, em 3,4% dos casos (n=2), não foi possível localizar essa informação.

É relevante destacar a importância da avaliação biopsicossocial para uma compreensão integral das condições dos pacientes judiciários, uma vez que abrange não apenas os aspectos clínicos, mas também o contexto social e psicológico, contribuindo para que as decisões judiciais sejam adequadas às necessidades individuais; no entanto, os dados apresentados indicam uma baixa frequência de requisições por essa avaliação e uma taxa ainda menor de cumprimento das solicitações, evidenciando lacunas e dificuldades na execução da Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

VÍNCULO FAMILIAR E COMUNITÁRIO

A análise dos vínculos familiares dos pacientes judiciários revela o seguinte panorama:

Gráfico 10 - Vínculos

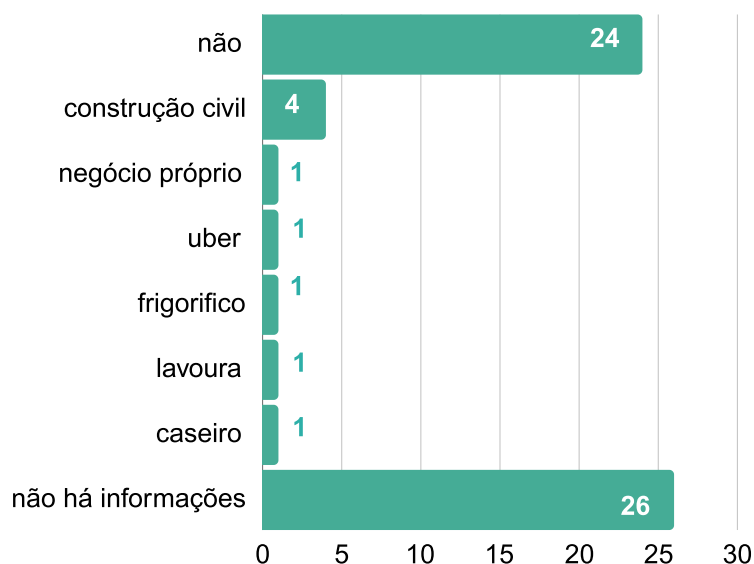


Compreende-se que 50,8% (n=30) mantêm seus vínculos familiares preservados, o que é fundamental para a estabilidade e suporte emocional e social. Contudo, 20,3% (n=12) apresentam vínculos fragilizados, indicando relações instáveis, enquanto 8,5% (n=5) têm vínculos completamente rompidos, ocasionando o isolamento social e ausência de rede de apoio. Além disso, em 20,3% (n=12) casos não foram possíveis obter essas informações nos autos do processo, o que aponta para uma possível lacuna nos registros, dificultando o monitoramento dessas relações.

VÍNCULO EMPREGATÍCIO

Quanto aos vínculos empregatícios do montante estudado, a análise a seguir revela dos seguintes dados:

Gráfico 11 - Vínculo Empregatício

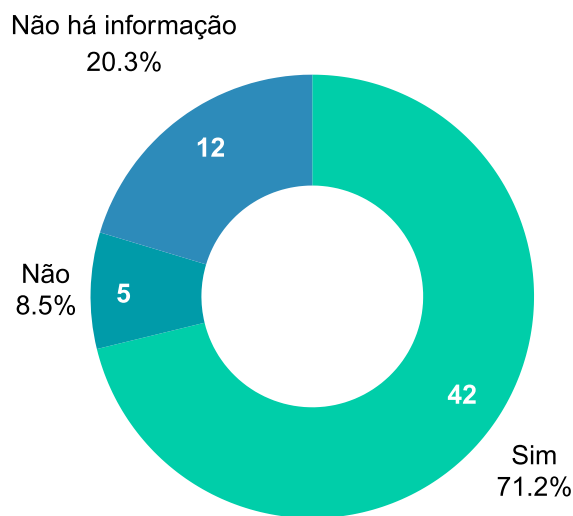


Observa-se que 24 pacientes judiciários não possuíam nenhum vínculo empregatício prévio. Entre os que estavam empregados, 4 trabalhavam na construção civil, 1 tinha um negócio próprio, 1 atuava como motorista de Uber, 1 trabalhava em um frigorífico, 1 estava envolvido em atividades na lavoura e 1 exercia atividades como caseiro em uma chácara. Ao passo em que de 26 pessoas não foi possível localizar essas informações nos autos do processo.

ACOMPANHAMENTO PELA SAÚDE

Sobre o acompanhamento dos pacientes judiciários pela rede de saúde, apreende-se que:

Gráfico 12 - Acompanhamento Saúde

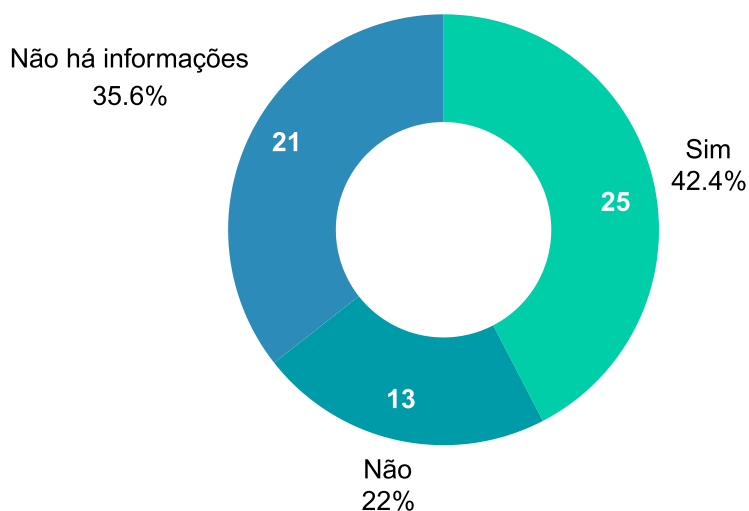


Observa-se que 71,2% das pessoas (n=42) já eram acompanhadas e, em muitos casos, já acessavam medicação; 8,5% (n=5) não recebiam atendimento em suas demandas de saúde mental, e em 20,3% dos casos (n=12) não há informações sobre acompanhamentos anteriores.

ACOMPANHAMENTO DA REDE SOCIOASSISTENCIAL

Em relação ao acompanhamento pela rede socioassistencial constam as seguintes informações:

Gráfico 13 - Acompanhamento Socioassistencial

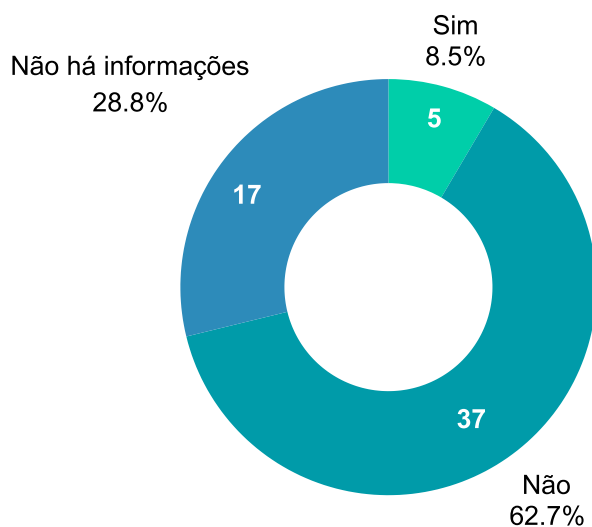


Observa-se que 42,4% das pessoas (n=25) acessavam a rede; 22% (n=13) não tinham demandas ou desconheciam os serviços, e em 35,6% dos casos (n=21) não havia informações específicas sobre esse tópico nos autos do processo.

VÍNCULO COM APAE

Referente ao vínculo dos pacientes com a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), compreende-se que:

Gráfico 14 - Vínculo com APAE

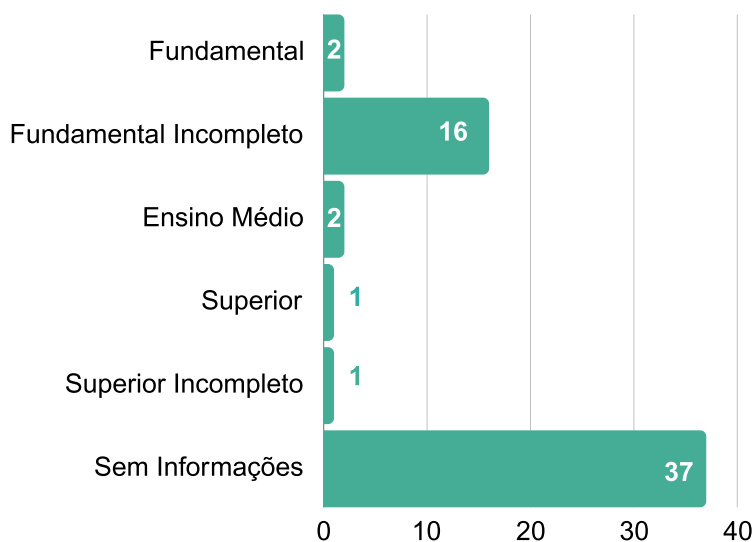


Observa-se que 8,5% das pessoas (n=5) informaram já ter sido atendidas pela instituição em algum período; 62,7% (n=37) não mencionam a APAE em relação à escolaridade, e em 28,8% dos casos (n=17) não há informações no processo sobre o período educacional.

ESCOLARIDADE

Neste tópico, é exposto o grau de ensino da população observada nesta seção, conforme ilustrado no gráfico abaixo.

Gráfico 15 - Escolaridade



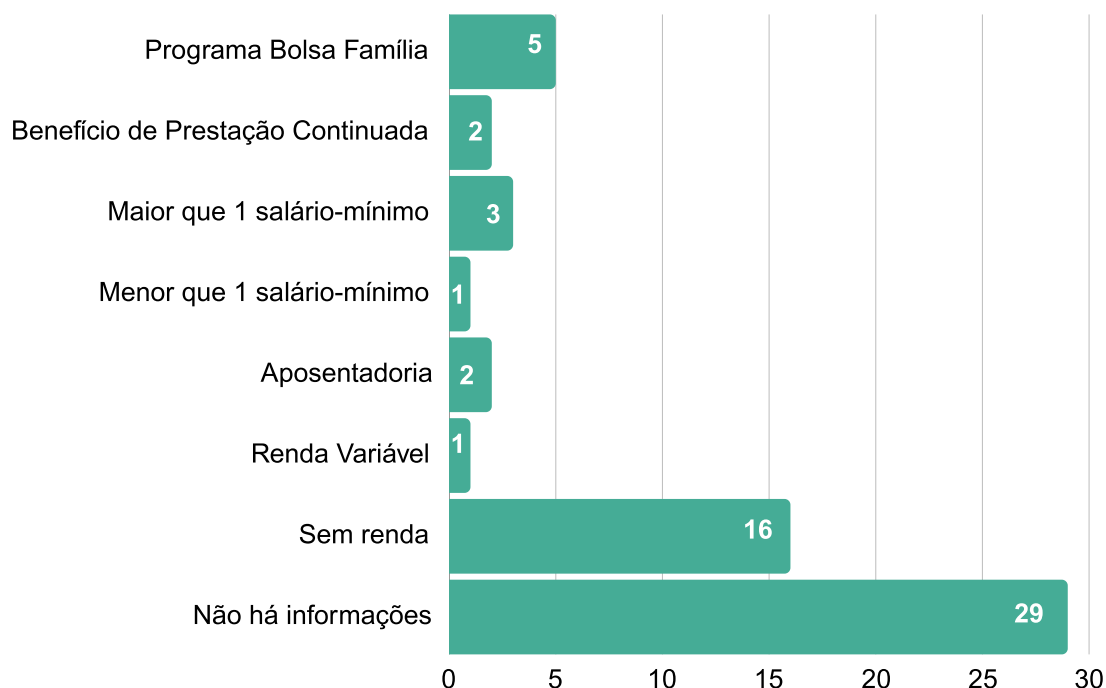
As informações verificadas são:

- 2 pessoas concluíram o ensino fundamental;
- 16 pessoas com ensino fundamental incompleto;
- 2 pessoas concluíram o ensino médio;
- 1 pessoa concluiu o ensino superior;
- 1 pessoa com ensino superior incompleto e;
- 37 pessoas não foram possíveis localizar essa informação nos autos do processo.

RENDA FAMILIAR

Observar a renda familiar da população em privação de liberdade é essencial para entender suas condições socioeconômicas, haja vista que famílias de baixa renda frequentemente enfrentam dificuldades em acessar recursos básicos, o que pode obstruir a plena integração social dessas pessoas, contribuindo para a exclusão e desigualdade social. O gráfico abaixo ilustra os dados levantados acerca do tema.

Gráfico 16 - Renda Familiar

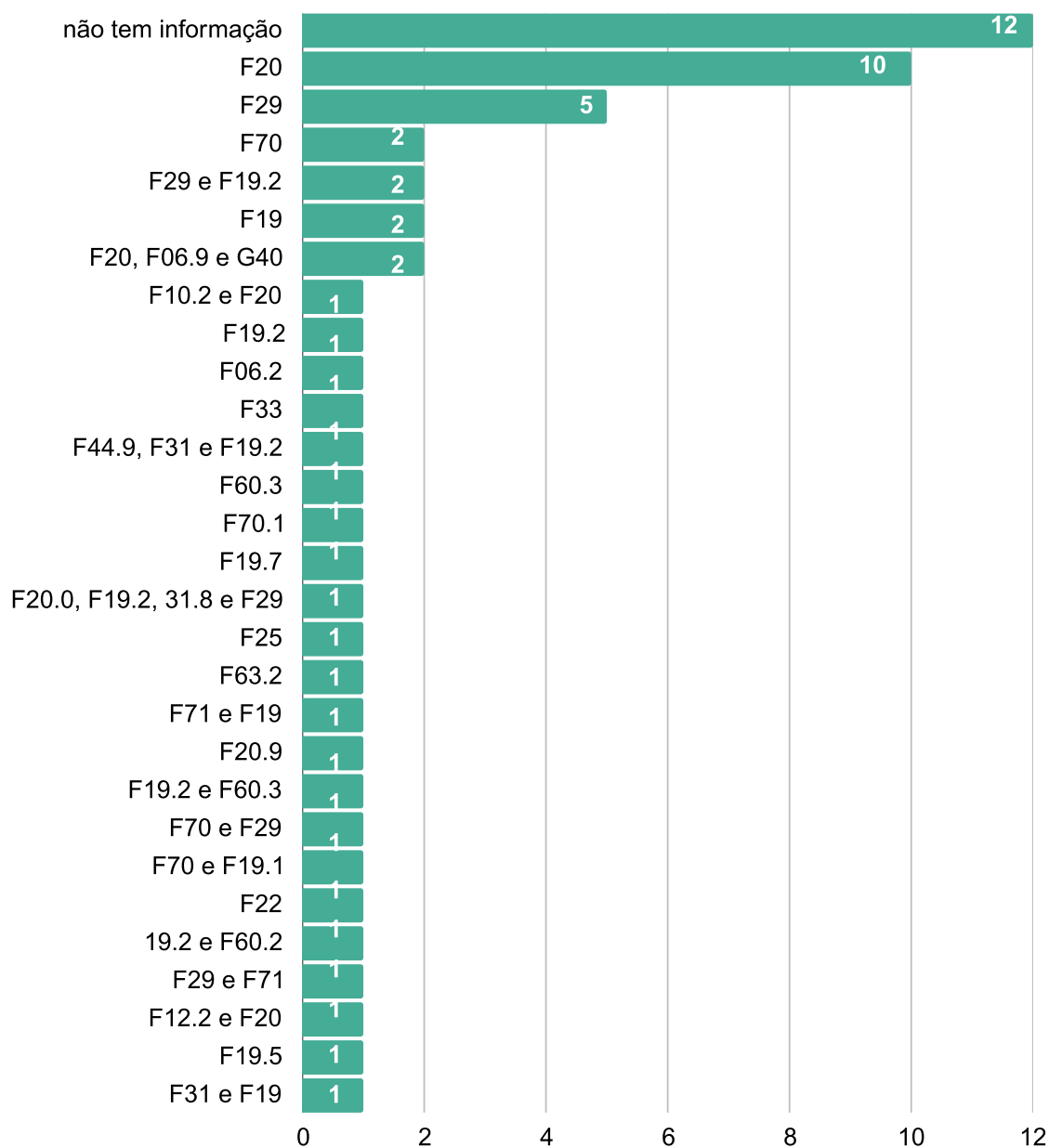


Os dados apresentados indicam que dos 59 pacientes judiciais analisados, 5 recebem o Programa Bolsa Família, mas somente dois deles indicavam o quantitativo, sendo um R\$1800 e outro R\$600 mês; duas pessoas tem a renda proveniente do Benefício de Prestação Continuada; 3 contam com renda maior de 1 salário-mínimo; 1 paciente recebe menos que 1 salário-mínimo; 1 pessoa com a renda variável, não especificando-a; 2 com a renda advinda de aposentadoria; 16 pessoas sem renda e de 29 pacientes judiciais não foram possíveis localizar essas informações nos autos do processo.

DIAGNÓSTICO

No que tange ao mapeamento dos diagnósticos dos casos analisados, foi possível identificar padrões e distribuir as ocorrências de forma clara. O gráfico abaixo apresenta o demonstrativo das categorias diagnósticas, permitindo uma visão detalhada dos casos.

Gráfico 17 - Diagnóstico



DIAGNÓSTICO

O gráfico anterior ilustra a frequência dos diferentes diagnósticos, permitindo, inclusive, identificar os com maior incidência.

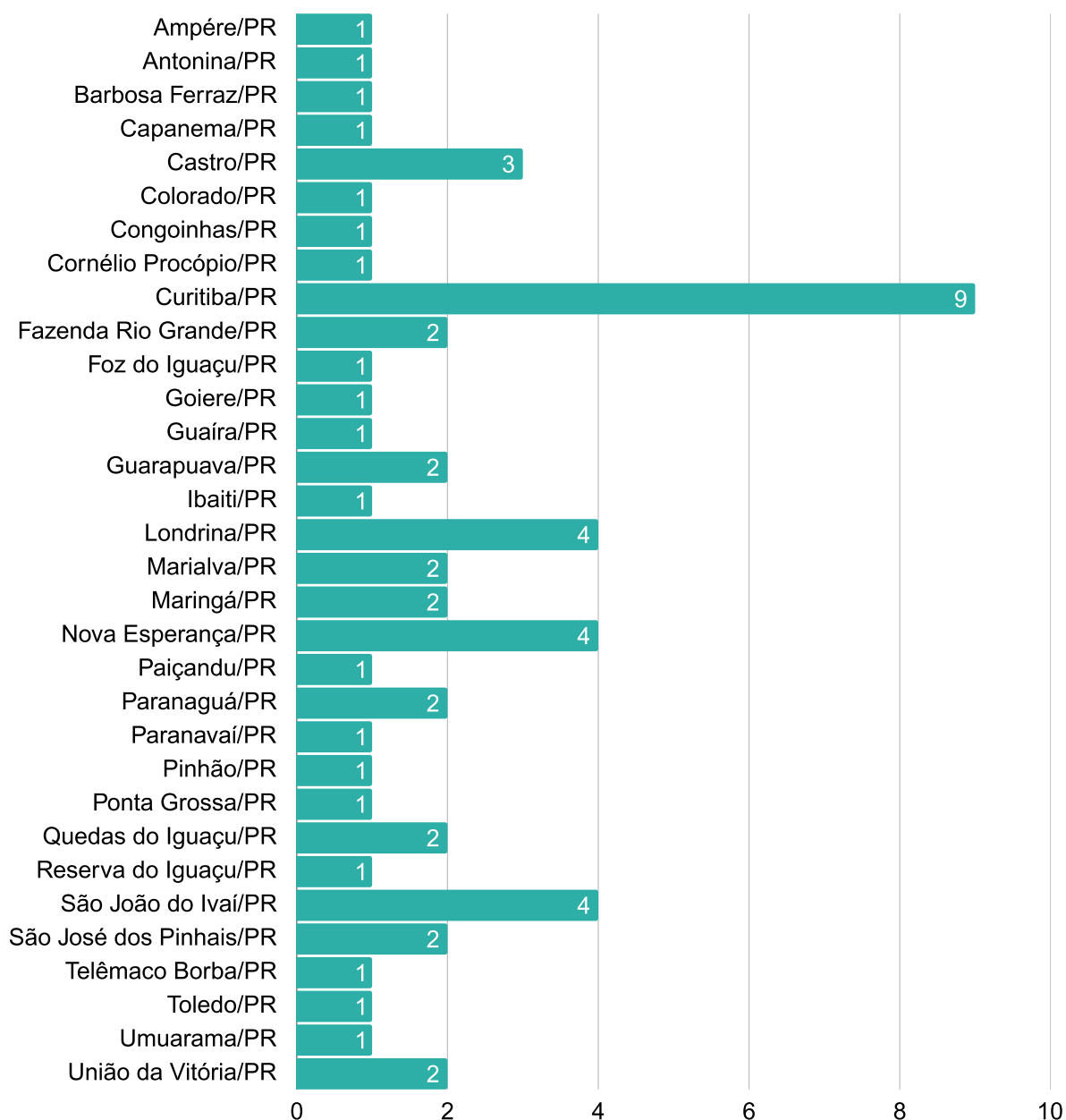
A análise teve como base a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). A legenda abaixo refere-se à nomenclatura dos diagnósticos evidenciados no gráfico.

- F20 - Esquizofrenia;
- F19.2 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas, com dependência, de acordo com a substância específica;
- F31 - Transtorno afetivo bipolar;
- F19 - Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (sem especificação de substância);
- F29 - Transtorno mental não especificado;
- F70 - Deficiência mental leve;
- F10.2 - Transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool, com dependência;
- F06.2 - Transtorno psicótico orgânico;
- F33.0 - Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve;
- F44.9 - Transtorno dissociativo não especificado;
- F60.3 - Transtorno de personalidade antisocial;
- F70.1 - Deficiência mental moderada;
- F19.7 - Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas, sem outra especificação;
- F20.0 - Esquizofrenia paranóide;
- F25 - Transtornos psicóticos mistos e transtornos esquizoafetivos;
- F63.2 - Transtorno obsessivo-compulsivo;
- F71 - Transtorno de déficit intelectual;
- F60.2 - Transtorno de personalidade borderline;
- F19.5 - Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas, com transtorno psicótico.

COMARCAS

Em relação às comarcas de referência analisadas no estudo, observou-se uma diversidade de 32 localidades, todas situadas no Estado do Paraná, que estão distribuídas entre as quatro macrorregionais de saúde do Estado, conforme demonstrado nos gráficos e mapas a seguir que detalharão essa distribuição geográfica.

Gráfico 18 - Comarcas

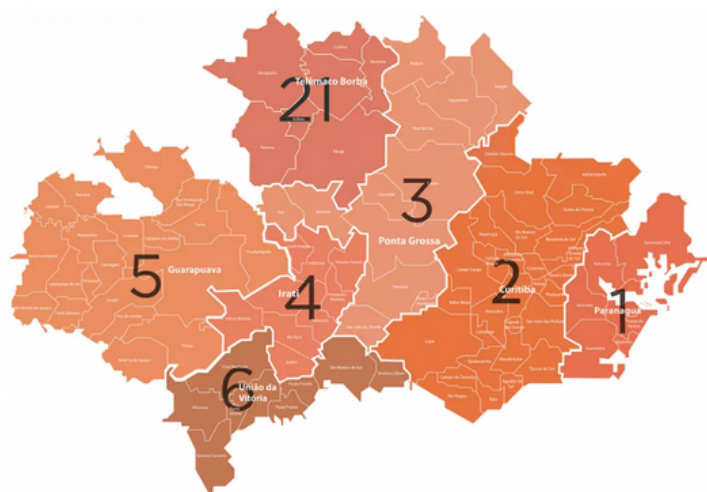


MACRORREGIONAL NORTE



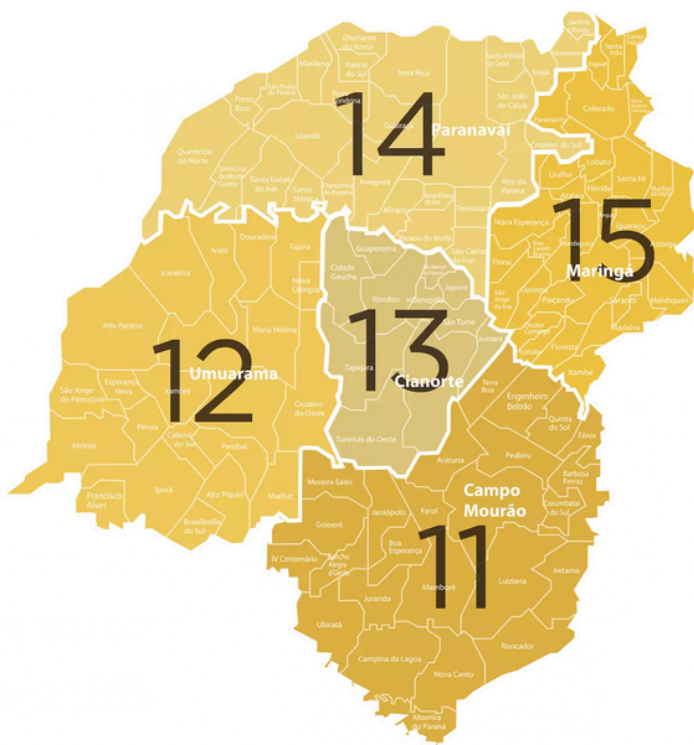
Congonhinhas (1);
Cornélio Procopio (1);
Ibaiti (1); Londrina (4);
São João do Ivaí (4)

MACRORREGIONAL LESTE



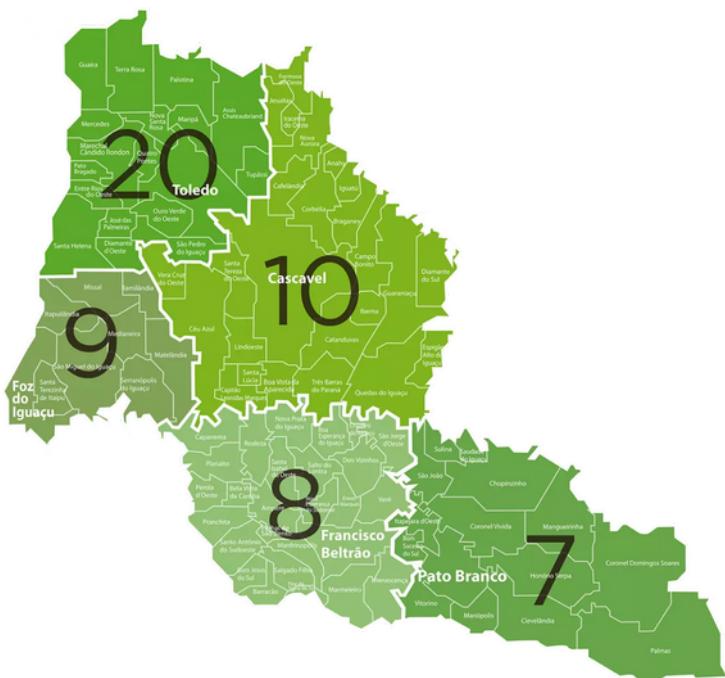
Antonina (1); Castro (3); Curitiba
(9); Fazenda Rio Grande (2);
Guarapuava (2); Paranaguá (2);
Pinhão (1); Ponta Grossa (1);
Reserva do Iguaçu (1); São José
dos Pinhais (2); Telêmaco
Borba (1); União da Vitória (2)

MACRORREGIONAL NOROESTE



Barbosa Ferraz (1); Colorado (1);
Goioerê (1); Marialva (2); Maringá
(2); Nova Esperança (4);
Paiçandu (1); Paranavaí (1);
Umuarama (1)

MACRORREGIONAL OESTE



Ampére (1); Capanema (1); Foz do Iguaçu (1); Guaíra (1); Quedas do Iguaçu (2); Toledo (1)

DEMANDAS EM SAÚDE MENTAL

DEMANDAS ATENDIDAS PELA INTERSAM

Período março a 14 de novembro de 2024

Durante o período de março a 14 de novembro de 2024, vários magistrados e servidores fizeram contato com a INTERSAM, através do e-mail institucional da INTERSAM, solicitando orientações em como proceder a fim de atender à Resolução CNJ 487/2023.

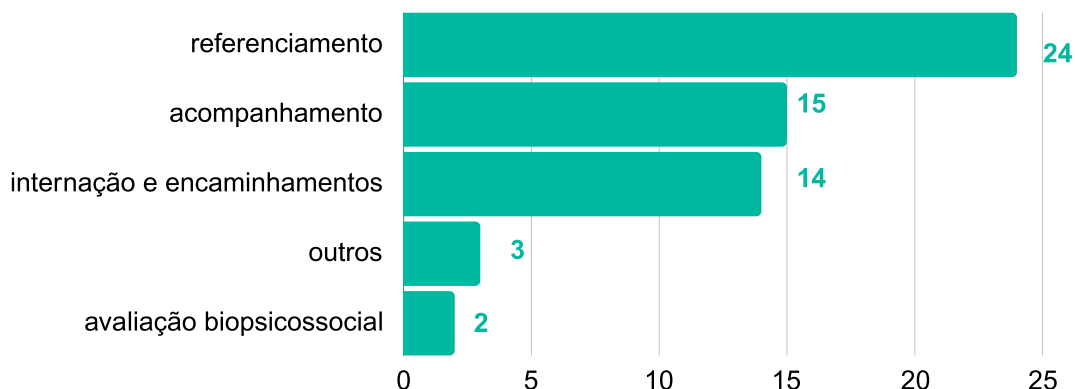
Dentre as demandas que chegaram à INTERSAM: estão: a) manifestação acerca da necessidade de internação; b) indicação de local para cumprimento da pena (internação ou reclusão) que fosse condizente ao estado de saúde mental da pessoa (ou prestasse as devidas instruções de como proceder nesses casos); c) viabilização de acolhimento da pessoa em instituição adequada; d) fiscalização e acompanhamento da pessoa internada, com relatórios periódicos de acompanhamento; e) solicitação de vaga para internação em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde.

De forma mais detalhada, as demandas relacionadas à inclusão nos serviços de saúde mental, solicitadas à INTERSAM, consistiram em: a) providências emergenciais e de manejo no encaminhamento dos casos aos serviços de saúde, bem como outras medidas adequadas e articulações necessárias a serem efetivadas; b) acompanhamento dos casos e encaminhamento adequado a Rede de Atenção Psicossocial- encaminhamentos (CAPS/RAPS); c) apoio para os encaminhamentos junto à equipe conectora e RAPS; d) avaliação do quadro mental/clínico da pessoa, com apontamento das eventuais medidas terapêuticas mais adequadas, com apresentação do Projeto Terapêutico Singular; e) comunicação com a equipe conectora out EAP, de modo que fossem viabilizadas as medidas adequadas junto ao serviço de saúde adequado aos casos.

Sobre as demandas relacionadas a necessidade de obtenção da avaliação biopsicossocial, houve dois tipos de solicitações: a) para que a INTERSAM realizasse estudo biopsicossocial do caso, fornecendo a melhor medida em saúde mental a ser aplicada; b) para que a equipe informasse as providências realizadas no caso, bem como atualização acerca da realização da avaliação biopsicossocial.

Houve, também, a solicitação para que a INTERSAM acompanhasse casos específicos, além de outros procedimentos como: prestar auxílio, informar nos autos sobre providências, encaminhamentos e orientações realizadas, conforme cada determinação judicial.

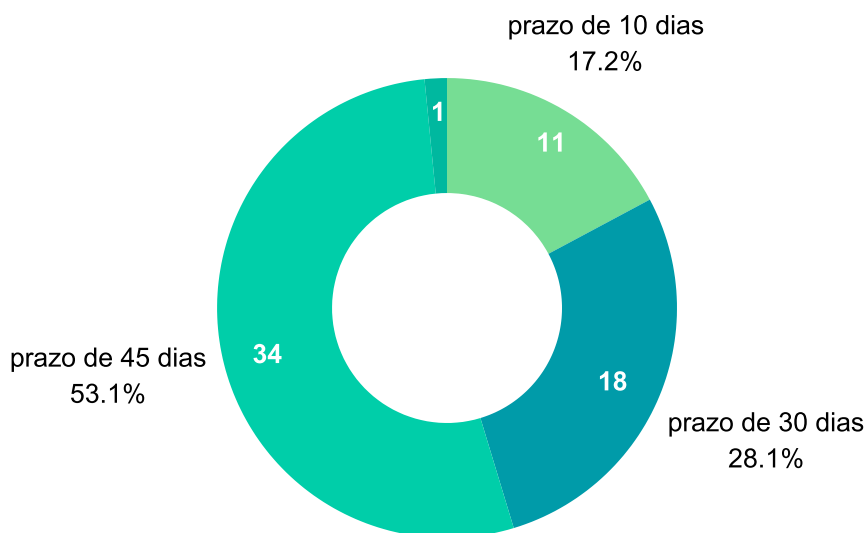
Gráfico 19 - Solicitações à INTERSAM



Como visto, as demandas em saúde mental expostas, demandadas à INTERSAM, podem ser classificadas de acordo com cinco marcadores: a) questionamentos acerca da internação e demais encaminhamentos; b) demanda de referenciamento; c) requisição da avaliação biopsicossocial; d) solicitação de acompanhamento; e, e) outros.

Com relação às demandas encaminhadas à INTERSAM atinentes à solicitação de parecer sobre as medidas adequadas a serem efetivadas nos casos concretos, foram estipulados pelos magistrados prazos específicos de: 10 dias; 30 dias; 45 dias; 60 dias.

Gráfico 20 - Prazos para a resposta da INTERSAM



Destaca-se que a complexidade dos casos de saúde mental exigiu uma análise detalhada e abrangente para contemplar todos os elementos necessários e oferecer uma visão completa de cada situação. Mesmo com prazos determinados, constatou-se que eram insuficientes devido à complexidade da matéria, o que demandou a extensão do tempo para realização dos estudos, visando abranger todas as especificidades e particularidades requeridas.

Ademais, a equipe da INTERSAM não confunde com uma equipe conectora ou EAP, conforme prevê a Resolução 487/2023, que são equipes da Saúde, com competência para avaliações acerca da melhor medida de saúde a ser adotada nos casos concretos.

A equipe da INTERSAM tem previsão normativa no inciso V do artigo 2º da Resolução 487/2023 e atua facilitadora na implementação operacional da política Antimanicomial, com interlocução entre sistemas de justiça, saúde e assistência social. Sendo assim, as demandas de parecer acerca da medida mais adequada em saúde mental deixaram de ser atendidas pela INTERSAM. Como resposta, a INTERSAM recomendou o acionamento da RAPS ao Juízo demandante, antes da criação da EAP- SESA. E, após constituída, passou a encaminhar os casos para a EAP e acompanhar até o final da medida.

METODOLOGIAS INTERSAM

Os estudos dos casos das pessoas com transtorno e/ou deficiência psicossocial com processo judicial em curso se deram via SEI, mediante pedido de orientação/informação pelos magistrados a equipe INTERSAM referente a Resolução 487/2023-CNJ.

Sobre isso, para analisar os processos a INTERSAM organizou-se internamente subdividindo-se em dois grupos especializados: 1) profissionais de Psicologia e Serviço Social para atuar nos casos das pessoas internadas no CMP; 2) profissionais de Psicologia e Serviço Social para atuar nos demais casos. Os fluxos e metodologias utilizados foram adaptados às particularidades da população atribuída a cada grupo.

A metodologia adotada pela equipe LIEP/INTERSAM/DESINST-CMP baseou-se no estudo dos autos, bem como em pesquisa documental e bibliográfica. Após essa etapa preliminar, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e escutas qualificadas com os pacientes judiciários por meio de parlatório virtual, e também com as respectivas redes de apoio, quando possível, a fim de obter informações precisas sobre questões ausentes ou ambíguas nos autos dos processos.

Além de fornecer dados mais completos, essas entrevistas objetivaram dar voz ao público estudado, reconhecendo que a formulação de estratégias e a análise das particularidades de um sujeito devem incluir uma compreensão direta e empática com o público-alvo. Esta abordagem assegura que as intervenções sejam mais justas e adequadas às reais necessidades e aspirações dos pacientes.

Além disso, quando necessário, realizou-se articulações com as Redes de Saúde e de Assistência Social dos municípios de referência dos pacientes judiciários, com a intenção de verificar a existência de histórico de atendimento nas políticas correspondentes e obter informações sobre a presença de vínculos familiares, comunitários e/ou redes de apoio. Como também, estabeleceu-se um contato assíduo com o CMP para suprir eventuais lacunas que não puderam ser preenchidas nas etapas anteriores do estudo.

Quanto à metodologia e fluxo empregados pela equipe LIEP/INTERSAM, as avaliações preliminares basearam-se na análise dos autos, além de entrevistas semi-estruturadas com a rede de apoio dos pacientes judiciários e a articulação com a Rede de Saúde e de Assistência Social do município de origem dos pacientes e seus familiares.

A partir destas estratégias, foi possível obter informações sobre a presença de vínculos familiares, bem como com a comunidade. Esta abordagem possibilitou a escuta ativa dos familiares, bem como compreender, ainda que de forma preliminar, as principais demandas da rede de apoio para a possível reinserção do paciente no seu território.

Destarte, tanto o contato quanto a articulação foram realizados com a premissa de compreender o estado atual do indivíduo e sua rede de apoio, do mesmo modo com o intuito de identificar potencialidades para o acolhimento do sujeito.. A realização do estudo teve como finalidade fornecer informações atualizadas para auxiliar o juízo diante da tomada de decisão.

Portanto, a atuação da INTERSAM teve por finalidade subsidiar o Juízo com informações precisas sobre o caso solicitado, apresentando sugestões e alternativas de intervenção para a garantia dos direitos humanos para um tratamento em conformidade com as normativas da política antimanicomial, sobretudo a Lei nº 10.216/01 e a Resolução CNJ Nº487/2023 que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

Durante o curso das avaliações preliminares foram identificados alguns entraves e possibilidades que impactam no processo de implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

Essas referências demonstram que, apesar das dificuldades na implementação da política, é possível alcançar resultados significativos por meio da dedicação, coordenação e colaboração interinstitucional entre os diversos interlocutores, além disso, esses casos destacam a importância de uma comunicação eficiente e de práticas bem estabelecidas que podem servir como modelo para outras regiões, dessa forma, é possível aprimorar continuamente as estratégias em saúde mental, assegurando um atendimento mais eficaz e humanizado para todos os envolvidos.

Tanto os entraves quanto as possibilidades serão expostos na página a seguir:

Dificuldades

- Pacientes judiciários em medida cautelar sem o relatório biopsicossocial anexado no processo;
- Recusa de alguns municípios a realizar a avaliação biopsicossocial;
- Casos de pessoas em medida cautelar que foram internadas no CMP após a data da interdição parcial;
- Ausência do PTS realizado pelo CMP nos autos dos processos das pessoas em cumprimento de medida de segurança ou medida cautelar de internação provisória na unidade;
- Ausência de um fluxo entre Poder Judiciário, CMP e Saúde para o envio do PTS das pessoas em cumprimento da medida de segurança na modalidade ambulatorial;
- Dificuldades nos retornos de contatos telefônicos e de e-mail com Secretarias da Assistência Social e da Saúde de alguns municípios. Evidenciando a carência de fluxos interinstitucionais de comunicação;
- Ausência de comunicação e fluxos sobre a Resolução CNJ 487 entre as equipes de saúde mental, com a recusa de realização da avaliação biopsicossocial por algumas comarcas;
- Ausência em alguns processos de informações sobre a localização exata do paciente judiciário;
- Desconhecimento por parte da rede de saúde e socioassistencial sobre a Política Antimanicomial do Poder Judiciário;
- Necessidade de ampliação de equipamentos da RAPS como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UAs), entre outros.

Possibilidades

- Os CAPS e CREAS dos municípios de Castro, Foz do Iguaçu, Guarapuava e Lapa; a Rede Socioassistencial do município de Paranaguá e os municípios de Cornélio Procopio, Goioerê, Paçandu e São João do Ivaí, demonstraram um alto grau de articulação e solicitude no atendimento às demandas de saúde mental, destacando-se pela eficiência e prontidão com que respondem às requisições, refletindo em um compromisso sólido com a promoção da saúde mental e o bem-estar do público-alvo.

CASOS CONCRETOS

Nesta seção, dois casos concretos atendidos pela Intersam serão apresentados para ilustrar como as intervenções foram realizadas.

1. Articulação com o programa PAI-PJ de Minas Gerais

Trata-se de um paciente judiciário com diagnóstico de esquizofrenia e que há 4 anos estava em situação de rua no município de Curitiba.

Após ser custodiado na Cadeia Pública e, posteriormente encaminhado à Casa de Custódia de Curitiba, foi solicitada à INTERSAM avaliação preliminar.

O atendimento ocorreu no mês de março/2024 por videoconferência. Na ocasião, o custodiado informou que havia perdido a sua documentação e não recebia nenhum tipo de benefício assistencial, mas que, antes do período em que esteve em situação de rua, recebia o benefício previdenciário por incapacidade temporária do INSS (antigo auxílio-doença).

Ainda na entrevista realizada, informou que em Pará de Minas - MG residem os pais idosos e sua irmã. Todavia, perdeu o contato com a família no período em que esteve em situação de rua. Manifestou o interesse em retornar para aquele município, pois estava cansado de viver naquela condição e gostaria de ajudar o pai que faz tratamento de saúde. Além disso, externou ter um sonho de conseguir editar seu livro de poesias.

Com base no atendimento, realizou-se contato com o CREAS de Pará de Minas, que acompanhava a família, articulando uma videochamada com os genitores, na qual houve a informação que em razão da idade dos genitores e problemas de saúde decorrentes da idade, não teriam condições de receber o filho em casa, especialmente, em face dos conflitos ocorridos anteriormente.

O CREAS também forneceu o telefone da irmã, que foi contatada pela INTERSAM e mencionou que tinha um bom relacionamento com o irmão e poderia apoiá-lo. Porém, informou não ter condições de recebê-lo em casa por trabalhar fora e residir apenas com as filhas, em imóvel com espaço limitado.

Posteriormente, foi realizado o contato com a psicóloga do programa PAI-PJ, que entrevistou também o paciente judiciário e, posteriormente, devido à condição de vulnerabilidade social e fragilidade dos vínculos familiares, optou-se por uma reunião intersetorial com a participação de representantes do PAI-PJ, do CREAS e da Secretaria de Saúde do município de Pará de Minas, juntamente com a INTERSAM.

Durante o estudo do caso, foi aventado a possibilidade de ele realizar tratamento ambulatorial, frequentando diariamente o CAPS-dia, no qual teria alimentação, não local de pernoite. Por outro lado, poderia ter sua autonomia, caso tivesse uma fonte de renda, como o benefício de prestação continuada - BPC.

Com isso, foi realizada articulação com o Departamento de Polícia Penal (DEPPEN) para que fosse providenciada a documentação do paciente e, posteriormente, solicitado junto ao CRAS o seu registro no CadÚnico do SUAS.

O processo foi encaminhado para a VEP de Curitiba que determinou realização de exame de cessação de periculosidade, sendo que, para tanto, o custodiado foi transferido para o CMP em maio/2024. No referido exame, o Serviço Social, Psicologia e Terapia Ocupacional do Hospital de Custódia deram o parecer favorável para que pudesse fazer tratamento ambulatorial, contudo, o parecer do médico psiquiátrico afirmou que o mesmo ainda apresentava periculosidade, sendo recomendado, inicialmente, o tratamento em regime de internação em hospital psiquiátrico da rede SUS ou outra instituição hospitalar específica para atendimento de pacientes com patologia mental, pelo tempo necessário para a estabilização de seu quadro.

Devido a esse parecer, foi feita reunião com a SESA e a Assistência social do Estado (SEDEF), que concluíram ser inadequado o encaminhamento para um leito do SUS, pois, ao ter alta hospitalar, voltaria a ficar em situação de rua, o que poderia ser um fator de risco para a sua saúde mental, bem como, para possíveis reincidências. Sendo importante verificar a possibilidade de concessão do benefício BPC para que, após a alta hospitalar, pudesse ter recursos para manutenção de sua vida.

Em contato com o Serviço Social do INSS, foi informado que enquanto a pessoa estiver sob a custódia do Estado, não é possível a requisição do benefício assistencial BPC.

Diante disso, o paciente judiciário permaneceu no CMP, até que houve a notícia de que havia surgido uma vaga em um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) na cidade de Pará de Minas e que poderiam recebê-lo, visto ter permanecido em hospital de custódia e ter os vínculos familiares rompidos, critérios para inserção nesse tipo de equipamento da RAPS.

Com essa nova possibilidade, a INTERSAM enviou relatório informativo complementar para a CEMES (Central de Medidas de Segurança) sugerindo a verificação junto ao município de Pará de Minas da possibilidade de transferência do paciente judiciário para o seu território de origem. Também houve determinação judicial para novo exame de cessação de periculosidade a ser realizado no CMP. Contudo, até o momento da finalização deste relatório, não houve notícias sobre o deslinde do caso, esperando que seja o melhor para o paciente judiciário.

2. Migrante Colombiano

Trata-se do caso de uma pessoa custodiada, de nacionalidade colombiana, residente em na Região Metropolitana de Curitiba, em razão de violência doméstica e familiar contra a companheira.

Durante avaliação preliminar realizada pela INTERSAM, no mês de agosto/2024, foi verificado vários registros de avaliações clínicas, sobretudo do aparelho digestório e apenas uma referência sobre ansiedade e crise de pânico e encaminhamento para psiquiatria.

Ademais, foi verificada a ausência de tradutor, na audiência de custódia, sob a alegação que o custodiado poderia entender a língua, caso falasse de forma pausada, sem ao menos indagá-lo sobre a necessidade de tradutor.

Considerando a demanda, foi realizada entrevista pela equipe da INTERSAM com o apoio de uma assistente social do Conselho da Comunidade, fluente na língua do custodiado, com base na Resolução 405 do CNJ, que garante o direito a um intérprete durante todas as etapas do processo penal, bem como, em observância à ética profissional.

Após o esclarecimento do motivo da reunião, o custodiado informou que residia no Brasil apenas com a sua esposa e que, além dela, a única pessoa que conhece é a assistente social do Consulado da Colômbia.

Relatou ainda, que é músico profissional e também designer de roupas. Residia próximo a Bogotá/CO e veio legalmente da Colômbia para o Brasil em 2021, inclusive com documento de residente brasileiro. Veio com sua companheira em busca de novas oportunidades e se casaram em Curitiba. Mencionou que estava desempregado na ocasião do ocorrido, em uma situação econômica muito difícil. Ademais, informou que estava buscando tratamento psicológico e, também, para problemas de saúde estomacais e de intolerância à lactose, alegando que não estava recebendo dieta especial na Casa de Custódia.

Questionado sobre familiares, mencionou que não tem parentes no Brasil, apenas na Colômbia. Que lá, em seu país de origem, reside sua mãe, aposentada e idosa, e irmã. Informou não recordar do endereço da família, apenas o nome do bairro. Comentou que falava com sua irmã e mãe diariamente pelo celular, não sabendo dizer se as mesmas foram informadas de sua prisão, visto que os policiais não permitiram o uso do celular, onde possui todos os contatos telefônicos. Além disso, relatou que todos os seus pertences, cartões de banco e, em especial seu passaporte e seus documentos da Colômbia e do Brasil ficaram em sua casa, no Brasil. Manifestou o desejo de retornar para a Colômbia, para ficar com sua mãe e sua família.

Questionado se gostaria de receber assistência do Consulado da Colômbia, concordou que isso fosse providenciado, justificando a necessidade de um advogado.

Com base no estudo do caso, a INTERSAM sugeriu ao juízo demandante, o acionamento do município em que o custodiado se encontra, para que seja realizada a avaliação biopsicossocial para indicação do melhor tratamento, e do Consulado Honorário da Colômbia, para que preste assistência ao cidadão daquele país, no que for couber, conforme prevê a Resolução nº 405 de 06/07/2021. Também foi indicado acionar a Patrulha Maria da Penha para a busca dos pertences junto ao imóvel que residia com sua companheira, bem como, com a Coordenadoria Estadual da Mulher em Situação de Violência Doméstica e Familiar (CEVID) para o devido acompanhamento da ofendida.

Compulsando os autos foi verificado que foi instaurado processo de incidente de sanidade mensal do acusado, mas até a finalização deste relatório, não havia sido realizado a perícia médica. Da mesma forma, foi constatado que o relatório realizado pela Intersam não foi juntado nos autos, pelo Juízo demandante.

ATUAÇÃO DA INTERSAM NA DESIÑSTITUCIONALIZAÇÃO

Em conformidade com a Resolução CNJ nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, e com a Lei nº 10.216/2001, que trata da proteção e dos direitos das pessoas com transtornos mentais, o Poder Judiciário do Estado do Paraná determinou, em 27 de fevereiro de 2024, a interdição parcial do Complexo Médico Penal (CMP) para a entrada de novos pacientes judiciários.

Nesse sentido e, ainda, considerando o artigo 17 da Resolução CNJ nº 487/2023, que prevê a interdição total e o fechamento de estabelecimentos, alas ou instituições psiquiátricas de custódia e tratamento, a INTERSAM-LIEP/GMF organizou uma equipe multidisciplinar de apoio para tal mister, composta por profissionais de Psicologia e Serviço Social. Essa equipe teve como principal objetivo levantar informações psicossociais com intuito de oferecer suporte técnico, visando contribuir com o processo de desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais ou deficiência psicossocial em conflito com a lei que se encontravam no CMP.

Nesse contexto, entre os meses de junho e setembro, a INTERSAM realizou um estudo, a partir do levantamento preliminar dos casos, em caráter excepcional, para analisar a situação atual dos internos e definir possíveis encaminhamentos, garantindo a implementação das diretrizes da Resolução CNJ nº 487/2023. Esse estudo baseou-se na análise dos autos, em pesquisas documentais e bibliográficas e, em casos específicos, na articulação com instituições parceiras.

O objetivo desse trabalho foi examinar a condição dos pacientes judiciários, considerando seus contextos pessoal, de saúde mental, socioeconômico e familiar. Em alguns casos, foram elaborados documentos com informações detalhadas para subsidiar magistrados na tomada de decisão, incluindo sugestões de alternativas de intervenção que assegurem os direitos humanos e um tratamento adequado, em conformidade com as normativas vigentes, especialmente a Lei nº 10.216/2001 e a Resolução CNJ nº 487/2023.

EXPOSIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A exposição de dados a seguir, juntamente com a análise correspondente, refere-se aos casos de pessoas internadas no Complexo Médico Penal (CMP), no período da pesquisa, em tratamento psiquiátrico por medida cautelar de internação provisória, medida de segurança de internação e tratamento psiquiátrico durante o cumprimento de pena privativa de liberdade.

A apresentação dos dados iniciará com a exposição da pesquisa dos autos concernentes às medidas cautelares e, posteriormente, dos dados relacionados às medidas de segurança, seguido dos de tratamento psiquiátrico. A identificação estará no título do cabeçalho e na diferenciação de cores de *etiqueta*, da seguinte forma:

-  Medida cautelar
-  Medida de segurança
-  Tratamento Psiquiátrico

Para obter esses dados, a equipe utilizou como base a listagem dos pacientes judiciários internados no Complexo Médico Penal (CMP), fornecida pelo próprio hospital de custódia nos meses de abril e de julho¹. Essa análise ocorreu de junho a setembro de 2024, e foi realizada por intermédio do estudo nos autos referentes a cada uma das pessoas listadas.

Os indicadores que nortearam o estudo foram: motivo de internação; tipo de medida; comarca e vara vinculada ao processo; data de nascimento; sexo biológico; município de referência; data de entrada/saída do CMP; processo de insanidade mental (caso haja); laudos psiquiátrico/de saúde; diagnósticos; exame de cessação de periculosidade (caso haja); condições socioeconômicas do paciente (vulnerabilidades); histórico de vida do paciente; histórico de tratamento em saúde mental; vínculo sociofamiliar; demanda de acolhimento considerando possível situação asilar; Projeto Terapêutico Singular (caso haja).

O resultado da pesquisa encontra-se no presente relatório, por meio da apresentação e análise dos dados coletados, de natureza quantitativa, descritiva e diagnóstica. A ordem na apresentação dos dados se dará a partir dos indicadores que nortearam o estudo.

Ademais, o perfil e dados concernente ao estudo realizado, envolvendo pessoas internadas no Complexo Médico Penal, no período da pesquisa, será apresentado considerando o recorte caracterizado por medida cautelar, medida de segurança e internação psiquiátrica de pessoas que estavam em cumprimento de pena privativa de liberdade.

¹ Os dados mencionados incluem os recebidos via SEI.

A partir dos indicadores que nortearam o estudo, foram delimitados marcadores específicos, cabendo contextualizar cada um deles, de forma a demonstrar a importância dos mesmos no presente estudo.

A coleta dos dados sobre a distribuição do **sexo biológico** das pessoas internadas foi realizada com base nas informações fornecidas pela equipe do CMP, bem como através do estudo dos autos. Contudo, ressalta-se que esses dados referiam-se apenas à distribuição dos pacientes judiciários por sexo biológico, não contendo informações oficiais acerca da autodeterminação de gênero e sexualidade, previstas na Resolução CNJ n. 348 de 2020, o que limitou a compreensão completa das necessidades e especificidades desse público.

A **faixa etária** das pessoas internadas e a distribuição por sexo biológico, busca identificar padrões demográficos e compreender melhor o perfil das pessoas atendidas.

O **incidente de insanidade mental**, procedimento jurídico previsto nos artigos 149 a 154 do Código de Processo Penal (CPP), instaurado durante um processo penal quando há dúvidas sobre a saúde mental do acusado, é importante instrumento de pesquisa, considerando que determina se, no momento dos fatos, o acusado possuía condições psíquicas de compreender o caráter ilícito de suas ações ou de se autodeterminar conforme essa compreensão. Este exame é fundamental para verificar se o acusado é imputável, semi-imputável ou inimputável.

O **laudo psiquiátrico**, elaborado pelo médico psiquiatra, inclui informações clínicas e diagnósticas do paciente, além de considerações sobre sua capacidade de discernimento e autodeterminação.

O **histórico de tratamento**, presente em alguns autos do processo, que traz informações de tratamento anterior à internação das pessoas avaliadas, é importante ferramenta para compreender o contexto e a trajetória de tratamento de cada pessoa anteriormente à sua internação no CMP. Os dados obtidos, então, permitem identificar se já haviam recebido algum tipo de atendimento psiquiátrico ou se a internação atual era sua primeira experiência em um ambiente de tratamento especializado.

O **mapeamento dos diagnósticos** das pessoas com transtorno mental em Medida Cautelar de Internação, Medida de Segurança e Tratamento Psiquiátrico custodiadas no Complexo Médico Penal foi estruturado com base nos transtornos tipificados na Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Esses dados foram extraídos dos laudos psiquiátricos mais recentes anexados aos autos dos processos, considerando a possibilidade de existência de laudos psiquiátricos anteriores. A importância desse levantamento está na precisão e atualização das informações clínicas, fundamentais para a compreensão das condições de saúde mental dos pacientes que se encontram na unidade.

O **exame de cessação de periculosidade**, previsto no artigo 97 do Código Penal (Decreto-Lei n.2848/1940) é uma avaliação de tem por objetivo averiguar o possível risco que a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei oferece a sociedade².

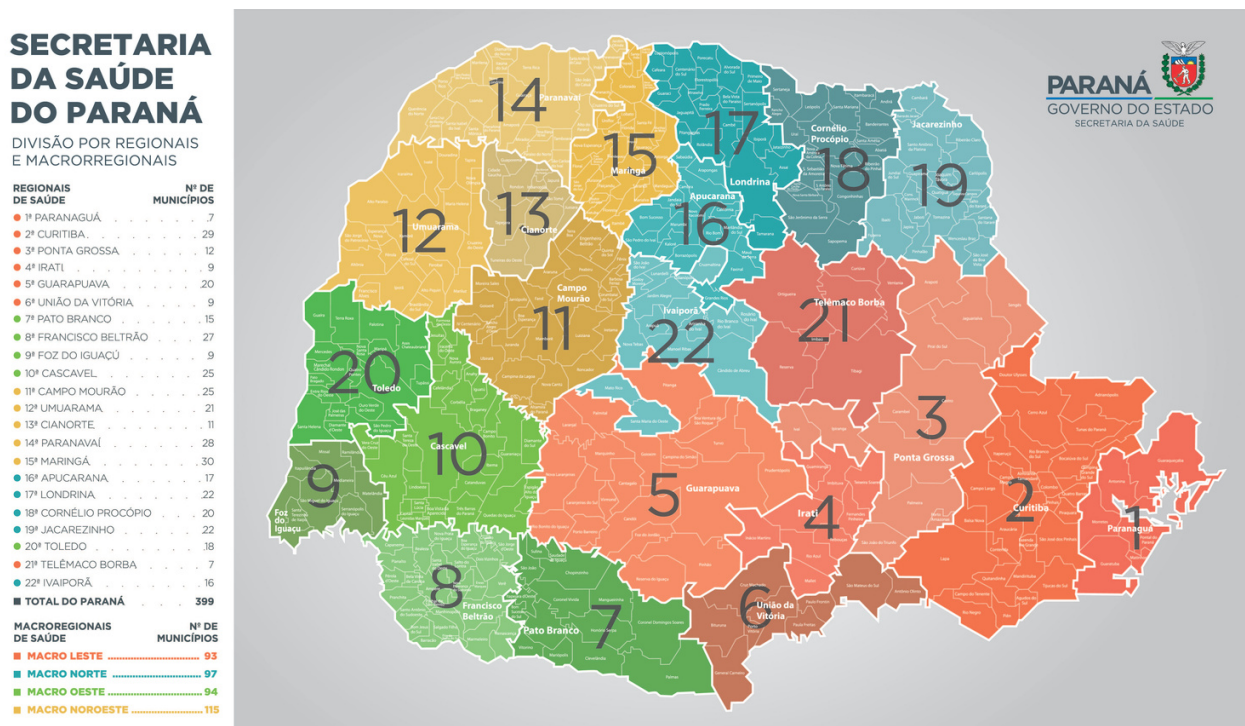
O **Projeto Terapêutico Singular (PTS)**, conforme a Resolução CNJ n. 487/2023, é um conjunto de recomendações terapêuticas desenvolvidas para um indivíduo, família ou comunidade. Desenvolvido a partir de uma discussão conjunta por uma equipe interdisciplinar, com enfoque nas particularidades da pessoa em tratamento. O PTS tem como objetivo contribuir para uma estratégia partilhada de gestão e cuidado, com metas estabelecidas de forma compartilhada entre a equipe de saúde e o paciente, garantindo um acompanhamento direcionado e individualizado. Importante instrumento nesta pesquisa, considerando que inclui dados clínicos do paciente, diagnóstico, prognóstico, muitas vezes descrevendo vínculos sociais e familiares, bem como a rede de apoio. Nele também, deve haver o plano de desinstitucionalização, com foco no planejamento da saída e reinserção familiar do paciente, preparação para o tratamento ambulatorial e desenvolvimento de uma vida autônoma no município de origem ou, quando necessário, em um serviço residencial terapêutico ou acolhimento institucional

² No entanto, a expressão "cessação de periculosidade" transmite uma imagem social que percebe as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei como ameaças a serem neutralizadas, em vez de pessoas que necessitam de um suporte terapêutico que integre os aspectos sociais, psicológicos e médicos, visando à superação das circunstâncias que contribuíram para a sua condição atual. Para tanto, a atenção deve voltar-se para além do controle do comportamento socialmente considerado perigoso, garantindo que as variáveis socioeconômicas e contextuais que influenciam a trajetória humana não sejam ignoradas. É essencial considerar fatores como o acesso limitado a cuidados de saúde mental, a desigualdade social e o estigma associado aos transtornos mentais, que exercem influência significativa na formação dessas condições. Além disso, prever se alguém reincidirá em um ato de "periculosidade" é uma tarefa limitada e complexa, cujo enfoque deve ser redirecionado a oferecer intervenções que mitiguem esses riscos de maneira que promova a qualidade de vida, integração social e a dignidade desse grupo.

As informações sobre a possibilidade de **acolhimento familiar ou institucional** foram levantados nos laudos, pareceres e PTS. Os valores são estimados, considerando que podem ocorrer mudanças no contexto sociofamiliar. Esse indicador é importante, especialmente, no sentido de precaver que a pessoa com transtorno mental com levantamento da medida de segurança ou cautelar, fique em situação asilar em Hospital de Custódia. Ademais, em situações nas quais a família não é localizada inicialmente, é possível, por meio de contatos com os municípios, restaurar os vínculos afetivos e comunitários.

Para identificar os **municípios de referência** das pessoas em cumprimento de medida cautelar de internação provisória, medida de segurança e tratamento psiquiátrico, utilizou-se a divisão por macrorregionais da Secretaria da Saúde do Paraná. Esse mapeamento foi realizado com base nas quatro principais macrorregiões do estado — Leste, Norte, Oeste e Noroeste —, proporcionando uma visão estruturada e regionalizada dos casos. Em cada seção, foi apresentado o número de pessoas por município, detalhando a distribuição de acordo com cada uma das macrorregiões, o que facilita a análise da demanda regional para o atendimento e acompanhamento em saúde mental.

Figura 8 - Divisão por regionais e macrorregionais de saúde no Paraná



Fonte: Secretaria da Saúde do Paraná

MEDIDA CAUTELAR DE INTERNAÇÃO PROVISÓRIA

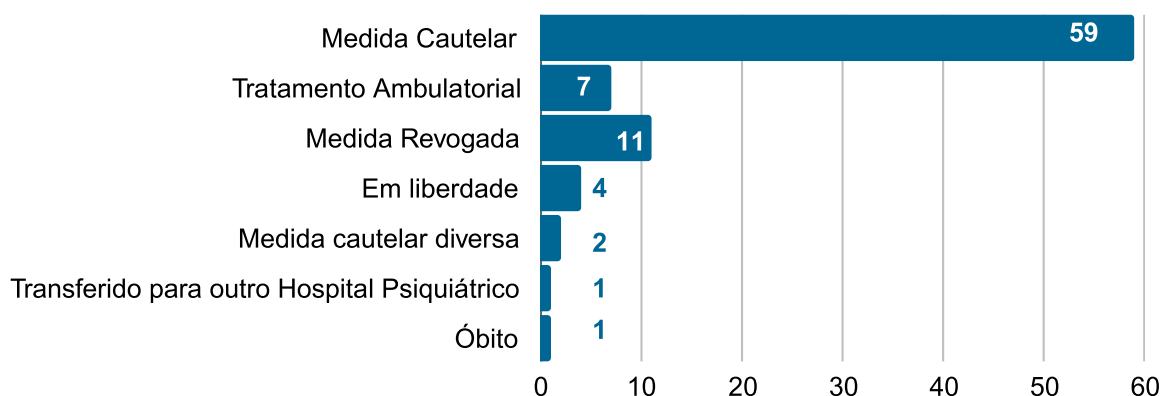
Essa seção apresentará os dados concernentes o às pessoas em cumprimento de medida cautelar de internação provisória no Complexo Médico Penal. A análise das pessoas em medida cautelar de internação provisória abrangeu um total de 85 indivíduos, considerando o período de abril a julho de 2024.

Segundo a pesquisa, 59 pessoas, dos 85 casos estudados, continuaram cumprindo a medida cautelar de internação provisória até setembro de 2024. Por conseguinte, cabe ressaltar que ao longo do período de pesquisa foram percebidas mudanças na situação processual em **26 casos**, dos quais:

- a) 7 foram desinstitucionalizados, e encaminhados para tratamento ambulatorial;
- b) 11 foram considerados imputáveis no período da pesquisa e tiveram a medida revogada, destes quais: 2 em regime semiaberto; 8 em regime fechado; 1 em regime aberto.
- c) 4 estão em liberdade visto que: 1 teve os autos arquivados; 1 foi concedido livramento condicional; 1 foi absolvido; 1 está aguardando em liberdade para realização da audiência.
- d) 2 estão cumprindo medida cautelar diversa;
- e) 1 foi transferido para outro hospital psiquiátrico gerido pelo Estado do Paraná;
- f) 1 óbito.

Para ilustrar a análise realizada, será apresentado a seguir um gráfico com a situação processual das 85 pessoas incluídas no estudo. O gráfico destacará, de maneira visual e clara, quantas pessoas continuam sob medida cautelar de internação provisória e quantas tiveram mudanças em sua situação processual até setembro de 2024. Estas diferentes circunstâncias serão igualmente evidenciadas no gráfico, permitindo uma compreensão abrangente dos dados coletados.

Gráfico 21 - Classificação dos casos de medida cautelar



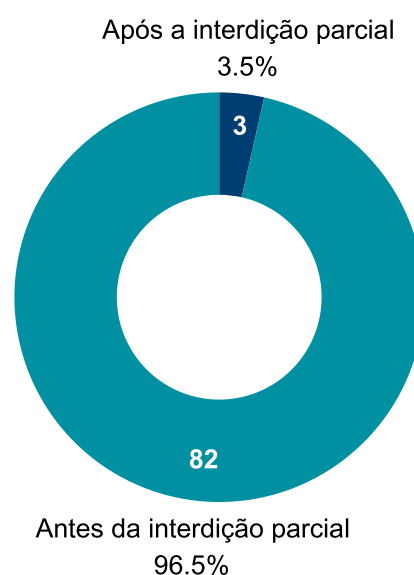
MEDIDA CAUTELAR DE INTERNAÇÃO PROVISÓRIA

Assim, por meio do acompanhamento processual dos casos em cumprimento de medida cautelar de internação provisória, depreendeu-se, como já salientado, que dos 85 casos analisados, 68% destes, houve a manutenção da internação no CMP; o que demonstra um movimento ainda incipiente no processo de desinstitucionalização e, conseqüentemente, para a implementação plena da Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

ENTRADA APÓS A INTERDIÇÃO PARCIAL

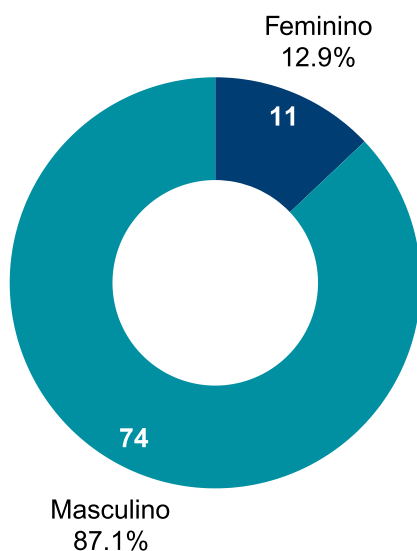
Gráfico 22 - Entrada após a interdição parcial

Sobre a entrada de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, em cumprimento de medida cautelar, no Complexo Médico Penal, após sua interdição parcial, identificou-se que das 85 pessoas, 3,5% (n=3) entraram no período posterior à determinação de interdição.



DISTRIBUIÇÃO POR SEXO

Gráfico 23 - Distribuição por sexo



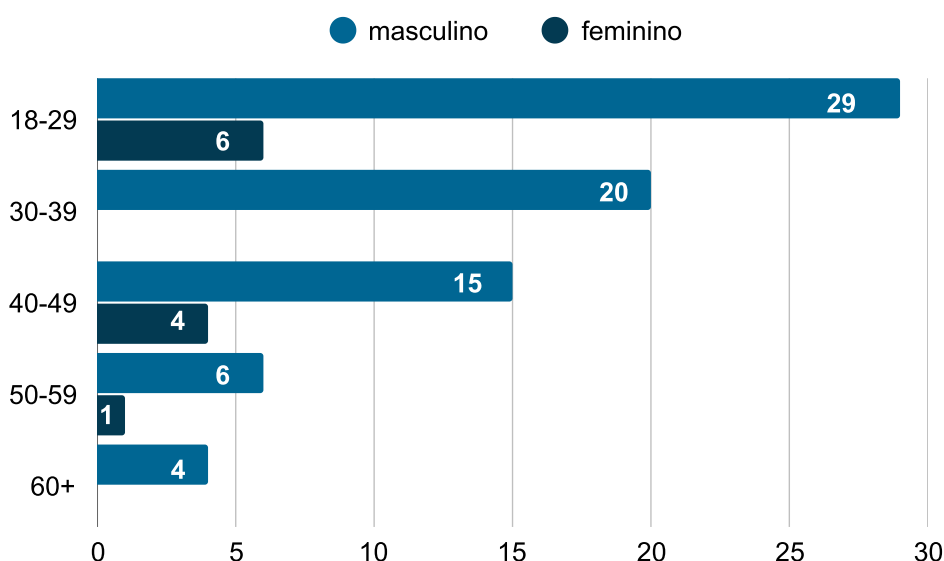
O gráfico ao lado apresenta a distribuição das pessoas internadas provisoriamente no CMP de acordo com divisão por sexo biológico, permitindo a identificação de padrões demográficos e uma melhor compreensão do perfil dos atendidos. Observa-se que, das 85 pessoas em cumprimento de medida cautelar de internação provisória, 87,1% (n=74) são do sexo masculino e 12,9% (n=11) do sexo feminino.

MEDIDA CAUTELAR DE INTERNAÇÃO PROVISÓRIA

FAIXA ETÁRIA

Tendo em vista que os dados analisados incluíam a data de nascimento de cada uma das pessoas internadas no CMP, optou-se por apresentar a distribuição de cada faixa etária de acordo com o sexo biológico da pessoa. As faixas etárias são divididas em cinco grupos: 18-25, 26-35, 36-45, 46-55 e 56+.

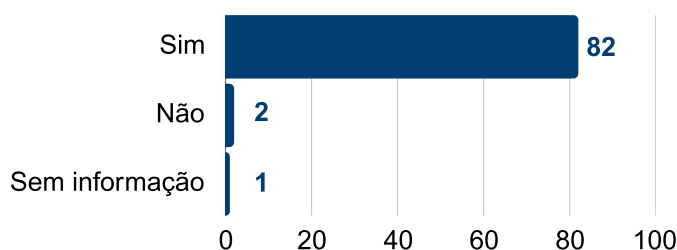
Gráfico 24 - Faixa etária



INCIDENTE DE INSANIDADE MENTAL

O gráfico a seguir é apresentado para ilustrar de forma concisa os dados coletados acerca da instauração do incidente de insanidade mental nos casos em que foi aplicada a medida cautelar de internação provisória.

Gráfico 25 - Instauração de Incidente de insanidade mental



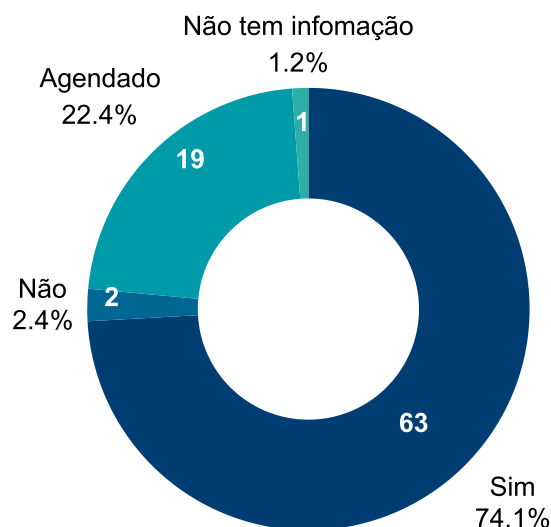
Verifica-se no gráfico ao lado que somente em dois casos ainda não havia sido instaurado o incidente de insanidade mental. E, que em um dos casos não foi possível encontrar essa informação, considerado o sigilo nos autos.

MEDIDA CAUTELAR DE INTERNAÇÃO PROVISÓRIA

LAUDO PSIQUIÁTRICO

Considerando a elaboração do laudo psiquiátrico decorrente do exame de insanidade mental, destaca-se que em 74,1% (n=63) dos casos o laudo já havia sido elaborado pelo médico psiquiatra designado, em outros 22,4% (n=19) casos, a realização do laudo estava agendada para data posterior à análise e, em 2,4% (n=2) dos processos, não havia indicação de laudo elaborado ou agendado.

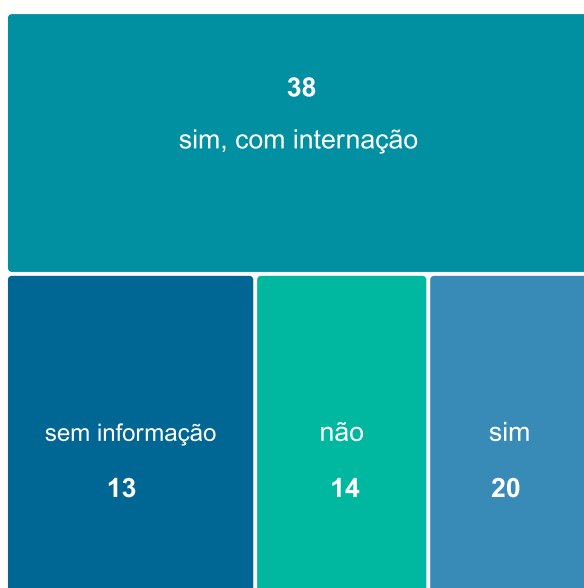
Gráfico 26 - Laudo psiquiátrico



HISTÓRICO DE TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL

O gráfico a seguir ilustra os dados coletados sobre o histórico de tratamento psiquiátrico de pessoas internadas provisoriamente por medida cautelar no CMP:

Gráfico 27 - Histórico de tratamento



O gráfico 28 indica que 60% (n=58) dessas pessoas realizaram algum tipo de tratamento psiquiátrico antes da internação no CMP, ainda que de forma irregular. Além disso, pelo menos 44,7% (n=38) já haviam sido internadas ao menos uma vez. Por outro lado, apenas 16,5% (n=14) nunca haviam recebido tratamento prévio.

Os dados apresentados foram por laudos de exames de insanidade mental e outros documentos anexados aos autos, que informavam sobre tratamentos anteriores. Cabe destacar que, em algumas situações, os laudos não traziam detalhes suficientes sobre o histórico de tratamento da pessoa.

MEDIDA CAUTELAR DE INTERNAÇÃO PROVISÓRIA

MAPEAMENTO DOS DIAGNÓSTICOS

Quanto ao mapeamento dos diagnósticos das pessoas em medida cautelar no CMP, destaca-se que, em 17 casos, ainda não havia informação disponível devido à ausência de um laudo psiquiátrico atualizado.

Além disso, observa-se que algumas das pessoas dos processos analisados apresentavam dois ou mais transtornos diagnosticados (comorbidade).

Neste estudo, considerou-se os transtornos a partir da classificação do CID-10, de diagnósticos específicos e abrangentes.

Primeiramente, serão apresentados os dados coletados concernentes aos diagnósticos específicos e, posteriormente, aqueles classificados no CID-10 como abrangentes.

Conforme o CID-10, os **transtornos específicos** com maior incidência são:

F 19.2 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cocaína e maconha – Síndrome de dependência grave (11);

F 20 – Esquizofrenia (9);

F 19.1 - Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – uso nocivo/abusivo para a saúde (7);

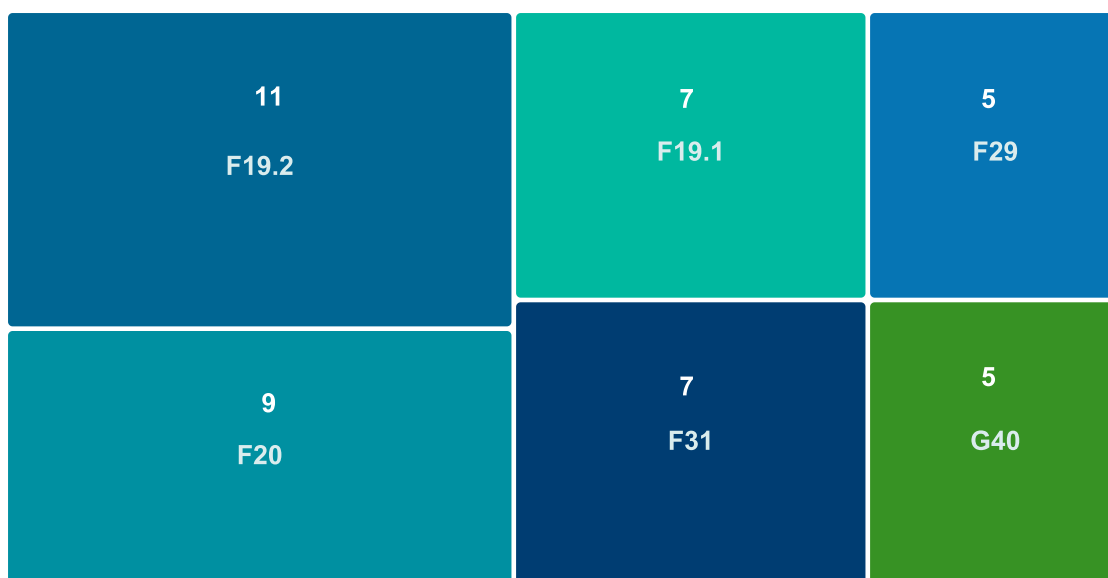
F 31 - Transtorno Afetivo Bipolar (7);

F 29 - Psicose Não Organizada Não Especificada (5);

G 40 – Epilepsia (5) - comorbidade.

Para ilustrar essas informações foi elaborado o gráfico abaixo:

Gráfico 28 - Diagnósticos específicos com maior incidência



MEDIDA CAUTELAR DE INTERNAÇÃO PROVISÓRIA

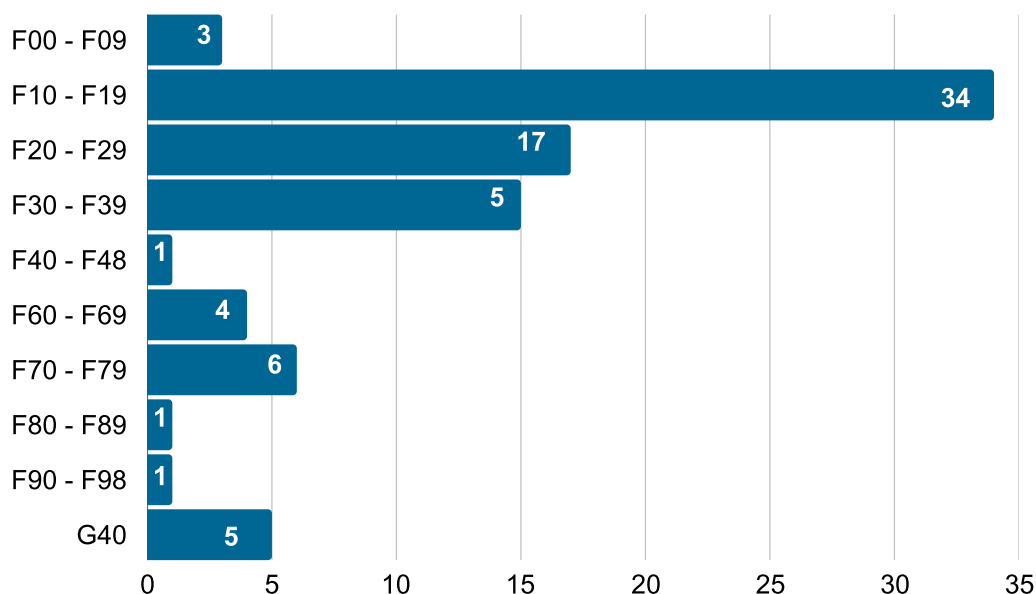
Depreende-se do gráfico 29 que a maior incidência dos casos concentra-se nos diagnósticos de transtorno mental e comportamental decorrente de uso de drogas, em primeiro lugar, seguido do diagnóstico de esquizofrenia.

Com relação à incidência dos agrupamentos gerais do Código Internacional de Doenças CID-10, o que possibilita um olhar mais abrangente deste mapeamento, estão as seguintes categorias:

- Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00 – F09);
- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (F10 – F19);
- Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 – F29);
- Transtornos do humor [afetivos] (F30 – F39);
- Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (F40 – F48);
- Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F50 – F59);
- Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto (F60 – F69);
- Retardo mental (F70 – F79);
- Transtornos do desenvolvimento psicológico (F80 – F89);
- Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90 – F98);
- Transtorno mental não especificado (F99 – F99).
- Também foi inserida a categoria G40 - Epilepsia, visto a incidência dessa comorbidade.

No estudo, foi possível levantar a incidência em cada agrupamento geral do CID-10, a qual está apresentada no gráfico a baixo.

Gráfico 29 - Incidência de cada agrupamento dos diagnósticos (CID-10)

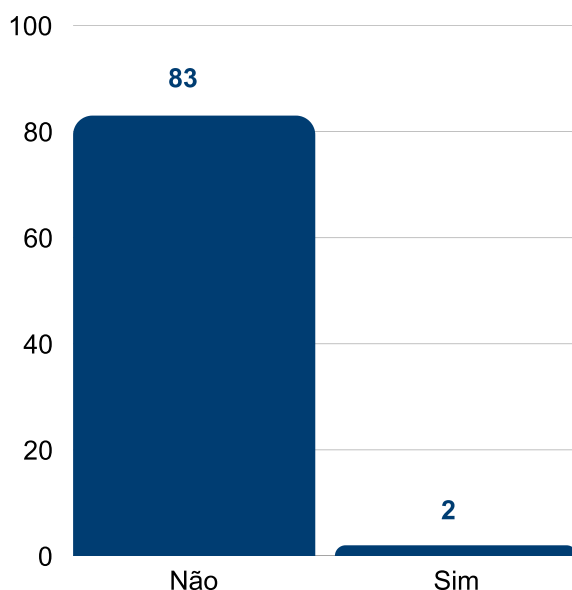


MEDIDA CAUTELAR DE INTERNAÇÃO PROVISÓRIA

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Considerando que o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um plano de cuidado personalizado para indivíduos com necessidades complexas de saúde, elaborado por uma equipe multidisciplinar e que envolve diagnóstico, objetivos, estratégias e acompanhamento, considerando a singularidade do paciente. Foi pesquisado em cada um dos processos estudados a existência ou não de PTS correlato as pessoas internadas. Observou-se que, dos casos estudados (N=85), não havia PTS em nenhum deles, apenas em 2 processos verificou relatório da equipe multidisciplinar, sendo o documento que mais se aproximou de um PTS. Assim, se considerar o relatório documento análogo ao PTS, apenas 2,4% dos pacientes teriam registro de PTS.

Gráfico 30 - Pacientes com PTS nos autos do processo



Convém ressaltar que, embora os PTS individuais possam ter sido elaborados pela equipe técnica do CMP, em 97,6% dos casos, não há registros ou informações nos autos sobre sua elaboração e/ou execução.

MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA

Com relação ao levantamento do município de referência das pessoas vinculadas nos processos estudados, optou-se ter como referência as macrorregionais da Saúde do Estado do Paraná, considerando sua importância na Política Antimanicomial.

MEDIDA CAUTELAR DE INTERNAÇÃO PROVISÓRIA

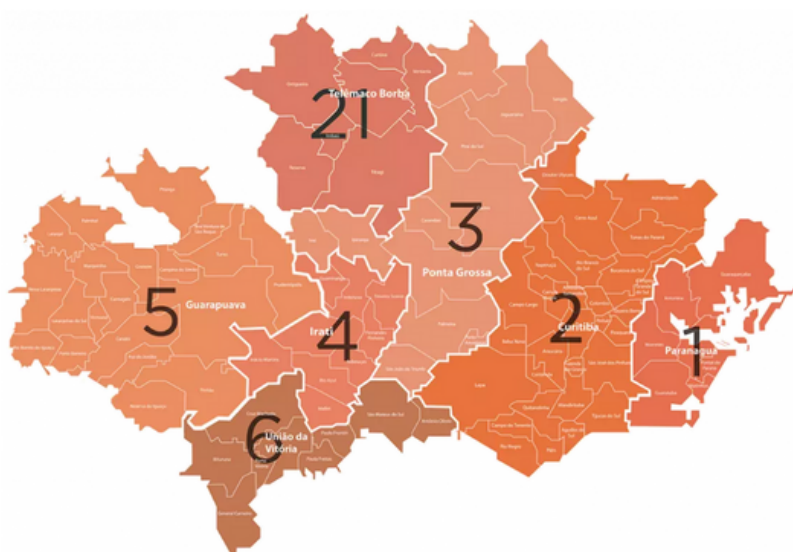
Assim, apenas como forma de compreensão desta distribuição, apresentar-se-á como está distribuído os municípios do Estado por cada macrorregional, para posteriormente apresentar a distribuição dos municípios de referência das pessoas vinculadas aos processos estudados

MACRORREGIONAL NORTE (N=21)



- 16ª Apucarana** - Apucarana (2), Arapongas (1), Faxinal (1);
- 17ª Londrina** - Londrina (5);
- 18ª Cornélio Procópio** - Cornélio Procópio (2), Congoinhas (1), Leópolis (1), Nova Santa Bárbara (1);
- 19ª Jacarezinho** - Jacarezinho (3), Ibaiti (1), Barra do Jacaré (1);
- 22ª Ivaiporã** - Nova Tebas (1), Godoy Moreira (1).

MACRORREGIONAL LESTE (N=32)



- 01ª Paranaguá** - Matinhos (3);
- 02ª Metropolitana** - Curitiba (10), Araucária (3), Colombo (2), Piraquara (2), Fazenda Rio Grande (2), São José dos Pinhais (1), Cerro Azul (1);
- 03ª Ponta Grossa** - Ponta Grossa (3), Sengés (2);
- 04ª Irati** - Irati (1);
- 05ª Guarapuava** - Pitanga (1), Pinhão (1).

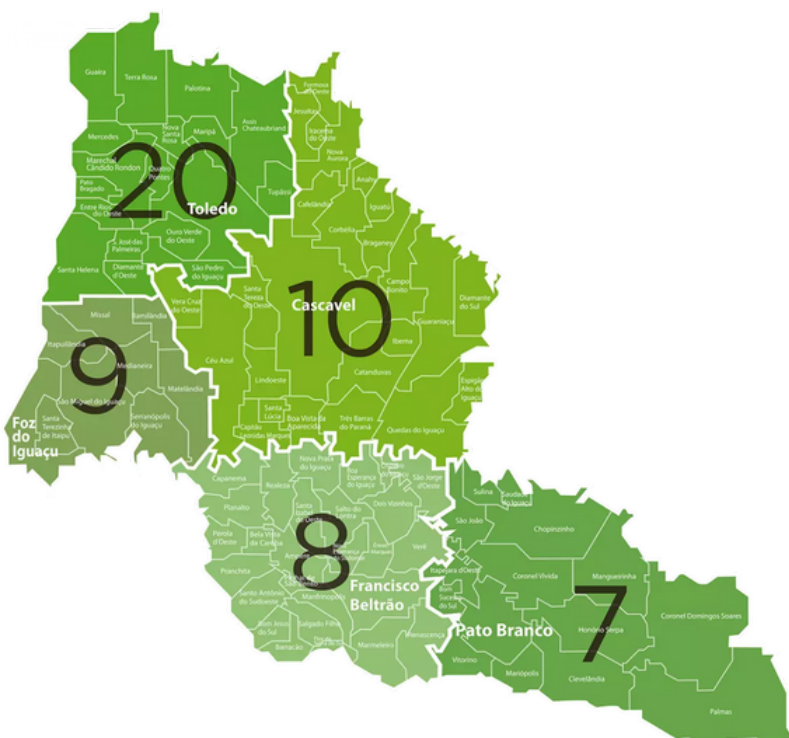
MEDIDA CAUTELAR DE INTERNAÇÃO PROVISÓRIA

MACRORREGIONAL NOROESTE (N=13)



12ª Umuarama - Cruzeiro do Oeste (2), Pérola (1), Iporã (1);
13ª Cianorte - Cianorte (1);
14ª Paranavaí - São Carlos do Ivaí (1), Alto Paraná (1);
15ª Maringá - Maringá (1), Mandaguari (2), Paranacity (1), Nova Esperança (1), Santo Inácio (1).

MACRORREGIONAL OESTE (N=18)

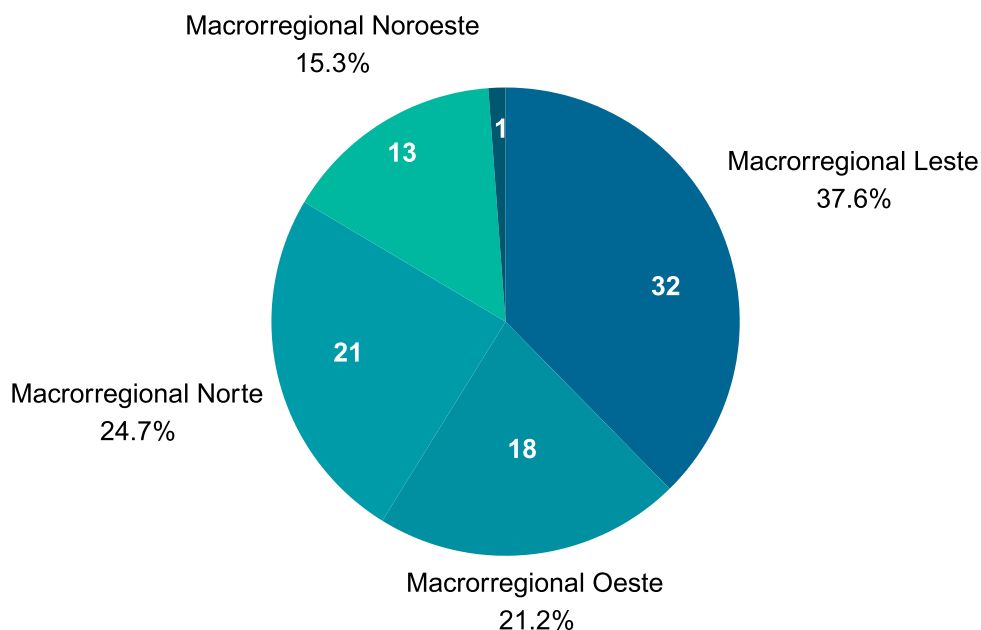


07ª Pato Branco - Palmas (1);
08ª Francisco Beltrão - Salto de Lontra (1), Marmeleiro (1), Santo Antônio do Sudoeste (1), Bom Jesus do Sul (1);
09ª Foz do Iguaçu - Foz do Iguaçu (3);
10ª Cascavel - Cascavel (2), Quedas do Iguaçu (1);
20ª Toledo - Toledo (2), Assis Chateaubriand (2), Diamante D'Oeste (1), Guaíra (1), Tupãssi (1).

MEDIDA CAUTELAR DE INTERNAÇÃO PROVISÓRIA

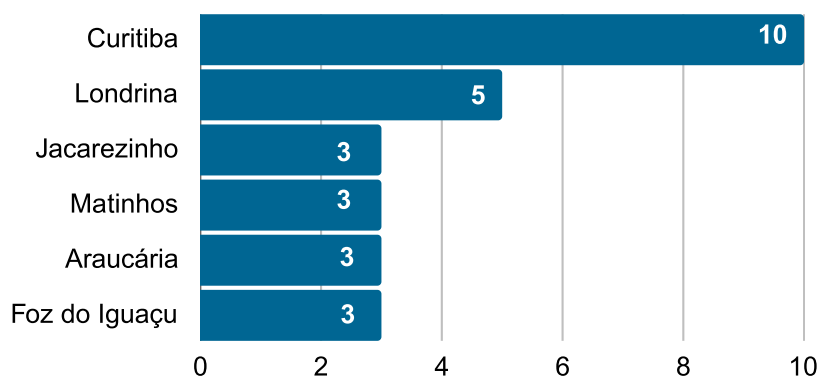
Segundo os dados disponíveis nos autos, e considerando as macrorregionais da Saúde do Estado do Paraná, tem-se que dos 85 processos estudados, 32 são de pessoas que residiam na macrorregional Leste, 21 provenientes da macrorregional Norte, 18 casos da Oeste, e, por fim, 13 procedentes da macrorregional Noroeste. Teve 1 processo que não foi possível levantar a informação, em razão do sigilo. Essas informações estão destacadas no gráfico abaixo.

Gráfico 31 - Macrorregionais de referência



Por intermédio dessa subdivisão foram elencadas as cidades (e respectivas regionais) de última residência das pessoas em cumprimento de medida cautelar de internação no Complexo Médico Penal. Esse levantamento permitiu identificar as cidades com maior incidência de pessoas com essa procedência, sendo elas: Curitiba (10); Londrina (5); Jacarezinho, Matinhos, Araucária e Foz do Iguaçu (3). Para esclarecer os resultados apresentados, foi incluído o seguinte gráfico que demonstra a distribuição desses dados:

Gráfico 32 - Municípios de referência

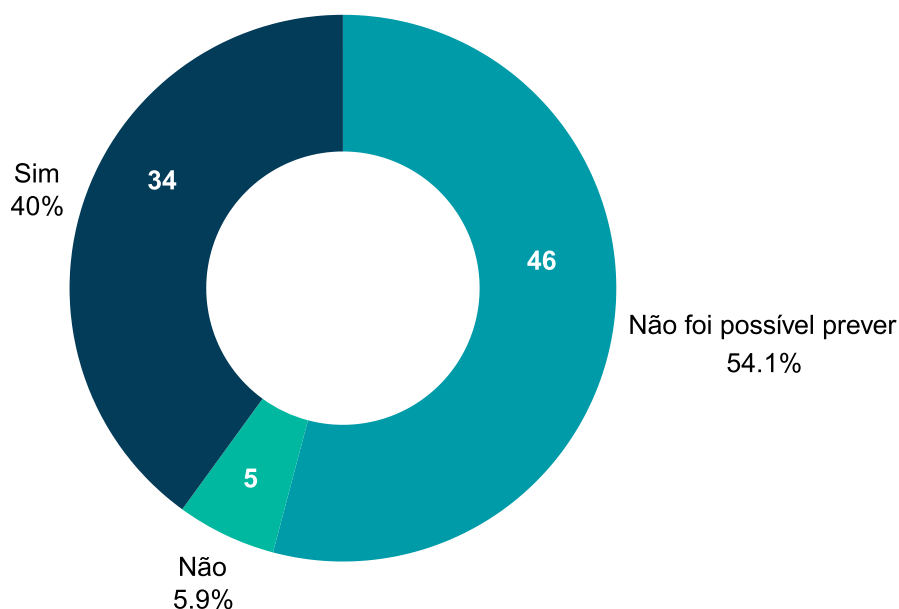


DEMANDA DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

O estudo teve como objetivo avaliar, por meio de documentos presentes nos autos, os vínculos familiares e afetivos das pessoas internadas provisoriamente no CMP, buscando identificar a qualidade dos vínculos (fortalecidos, fragilizados ou rompidos) e, com isso, verificar situações que poderiam culminar na situação asilar, mesmo com o alvará de desinternação. A situação asilar é fenômeno comumente verificado no Complexo Médico Penal, quando do rompimento dos vínculos sociofamiliares e afetivos.

Todavia, ressalta-se que, embora a maior parte das informações tenha sido extraída dos laudos psiquiátricos, esses documentos, em muitos casos, careciam de dados atualizados sobre a situação dos vínculos, o que comprometeu a análise. Ainda assim, o gráfico a seguir fornece uma representação visual dos dados, organizando de maneira clara e objetiva as informações coletadas.

Gráfico 33 - Demanda de acolhimento



Dos 85 (N) processos estudados, verificou-se que, em 54,1% (n=46) casos, não foi possível realizar essa previsão devido à ausência de informações atualizadas sobre os vínculos afetivos. No entanto, constatou-se que, em 40% (n=34) casos, existe a possibilidade de ressocialização ao convívio familiar, enquanto em 5,9% (n=5) casos, identificou-se a provável necessidade de institucionalização.

DISCUSSÃO DOS DADOS LEVANTADOS CONCERNENTES ÀS PESSOAS INTERNADAS POR MEDIDA PROVISÓRIA

A partir do levantamento dos dados, ora apresentados nas páginas anteriores, depreendeu-se que 68,2% (n=58) pessoas, dos 85 casos analisados, continuavam cumprindo essa medida cautelar até setembro de 2024, ou seja, 7 (sete) meses pós interdição parcial do CMP. Contudo, observou-se que, no contexto das medidas cautelares, a situação processual tende a ser mais volátil, uma vez que os processos ainda não transitaram em julgado.

Ainda assim, a permanência dessas 58 pessoas no Complexo Médico Penal, incluindo três (3) internadas provisoriamente após a interdição parcial, evidencia a continuidade da internação provisória como medida cautelar no sistema judiciário. Ainda, verificou-se que, na maioria dos casos, pouca a inobservância dos requisitos do inciso VII, do artigo 319 do Código de Processo Penal (CPP). Esse cenário ressalta a complexidade do cuidado e da compreensão dos transtornos mentais em pessoas em conflito com a lei.

Entende-se que a internação provisória é frequentemente utilizada como medida punitiva e de proteção à sociedade porém a política antimanicomial, impulsionada pela Lei 10.216/2001, visa a proteção da pessoa com transtorno mental. A complexidade e desafio está justamente na busca do sopesamento desses dois tipos de proteção e garantia.

No entanto, à luz da Lei da Reforma Psiquiátrica e da Resolução nº 487 do CNJ, essa prática segue como tema de debate, pois pode resultar em internações prolongadas desnecessárias.

Nesse contexto, verificou-se através desta pesquisa, a necessidade de diretrizes mais claras sobre a interseção entre saúde mental e o sistema jurídico, destacando a importância de alternativas adequadas na rede de saúde mental e de uma articulação eficiente entre os sistemas de saúde e justiça.

MEDIDA CAUTELAR DE INTERNAÇÃO PROVISÓRIA

Assim, considera-se que, a internação provisória vem sendo utilizada com o mesmo fundamento da prisão provisória, mesmo ante a ausência de laudos psiquiátricos e autos de insanidade mental.

Quando se há uma indicação de internação em saúde mental, não é pelo risco que a pessoa gera à sociedade ou pela gravidade do delito penal, mas a avaliação leva em conta a aspectos de saúde mental e o histórico de tratamento do indivíduo. Nesse sentido, denota-se que a internação psiquiátrica é indicada para casos em que os recursos extra-hospitalares para o tratamento ou manejo do problema foram esgotados, visto que objetiva a estabilização da pessoa, minimizando riscos e identificando necessidades psicossociais, para que se possa ajustar o tratamento e promover a reintegração social do paciente em seu ambiente. É essencial uma análise criteriosa e ética caso a caso para determinar a necessidade de internação psiquiátrica, conforme preconizado pela Lei nº 10.216.

Em consonância, sobre o tratamento voltado à saúde mental dos acusados, observou-se que ao menos 60% dessas pessoas mantiveram, mesmo que irregular, tratamento anterior à sua internação no CMP, bem como, 44,7% do total de casos já havia sido internado ao menos uma vez. Desse modo, torna-se medular pensar na continuação do tratamento dessas pessoas sob o viés do cuidado em saúde para que se possa produzir efeitos terapêuticos satisfatórios, possibilitando que essas pessoas possam continuar percorrendo pela sua existência de forma mais digna e de acordo com sua singularidade.

Assim, a internação, como exposto, deve ser baseada exclusivamente em necessidades clínicas, após avaliação multiprofissional, e somente quando recursos extra-hospitalares forem insuficientes.

Igualmente frisa-se a importância de, frequentemente, avaliar e reavaliar os casos. Algo que contribui para que a pessoa com transtorno mental não permaneça internada por períodos que excedem o necessário. Esse plano de tratamento deve estar em conformidade com o projeto terapêutico singular (PTS), que deve ser singularizado e elaborado pela equipe técnica de saúde que esteja acompanhando a pessoa. Contudo, novamente destaca-se que em 96.5% (n=83) dos casos não houve informações acerca do PTS e de sua execução nos processos analisados. Apesar da ausência nos autos possa não representar sua inexistência, torna-se cabível salientar que informações acerca do tratamento sejam claras e precisas a todos os atores envolvidos.

MEDIDA CAUTELAR DE INTERNAÇÃO PROVISÓRIA

Em relação às especificidades depreendidas no mapeamento dos diagnósticos em saúde mental, das pessoas internadas no CMP com medida cautelar, entende-se que embora os transtornos mentais sejam universais e possam afetar homens e mulheres em qualquer fase da vida, nas medidas cautelares ocorreu a prevalência de homens entre 18 a 29 anos.

Ademais, os transtornos com maior incidência no levantamento, foram aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, seguidos transtornos psicóticos e de humor.

Sobre esses dados destaca-se a complexidade e multifatorialidade dos diagnósticos, que possibilitam indicar as causas do sofrimento no paciente e melhor articular seus encaminhamentos. Nesse sentido, as intervenções devem ser elaboradas individualmente, sendo geralmente benéfica a integração de várias modalidades de tratamento, ajustando-se às necessidades específicas de cada paciente, garantindo que cada um receba um cuidado singular e eficaz.

Alude-se que, considerando que as ações de saúde mental são estruturadas com base na realidade de cada município, microrregião, região ou macrorregião, foi realizado o levantamento da procedência de cada paciente estudado nos autos precisados. A maioria destes pacientes concentram-se nas macrorregionais Leste e Norte. Já as cidades com maior incidência são Curitiba e Londrina. Assim, essas informações permitem analisar os casos a respeito da territorialidade dos serviços para que se possa manter o tratamento, em meio aberto, e no ambiente social da pessoa, preservando a sociabilidade e os fortalecimento dos vínculos sociais, considerados fatores relevantes no tratamento em saúde mental.

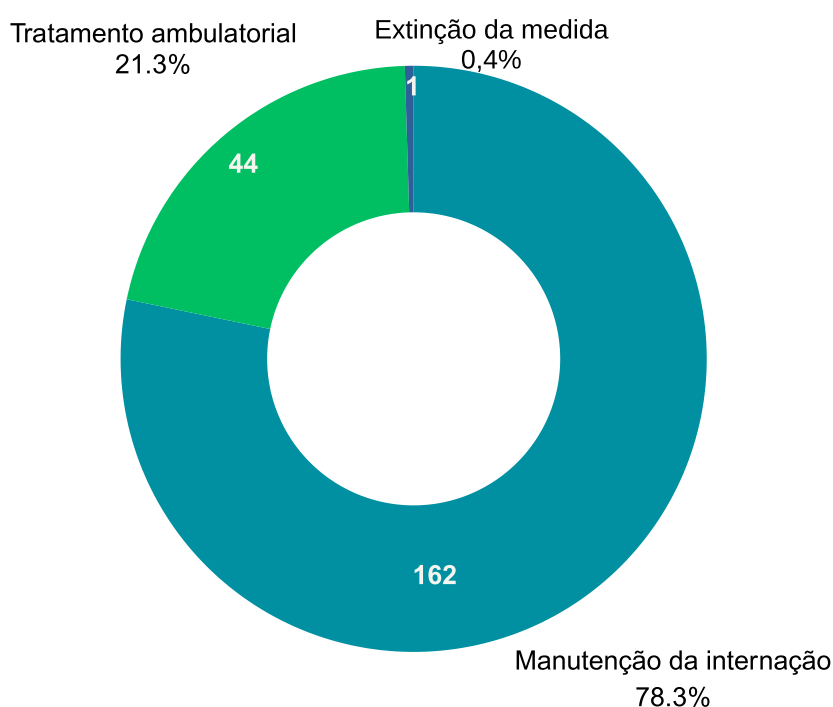
Por fim, acerca da possibilidade de necessidade de acolhimento institucional após a desinstitucionalização do CMP, torna-se crucial compreender a importância do trabalho de fortalecimento de vínculos. Este trabalho não apenas pode auxiliar no processo de adaptação pós-institucionalização, mas também possibilita promover uma rede de apoio sólida.

MEDIDA DE SEGURANÇA

Nesta seção, serão analisados os dados referentes às 207 pessoas identificadas em cumprimento de medida de segurança no CMP, no período de abril a julho de 2024.

No período da pesquisa, com a população que estava em cumprimento de medida de segurança de internação no CMP, foi identificado o registro de um óbito. Nesse caso específico, o indivíduo havia recebido permissão para tratamento em liberdade em junho de 2024, mas faleceu em menos de um mês após saída do CMP, em decorrência de insuficiência respiratória aguda e câncer bucal metastático. Para fins de análise, as informações referentes a este paciente judiciário foram consideradas.

Gráfico 34 - Classificação das medidas de segurança

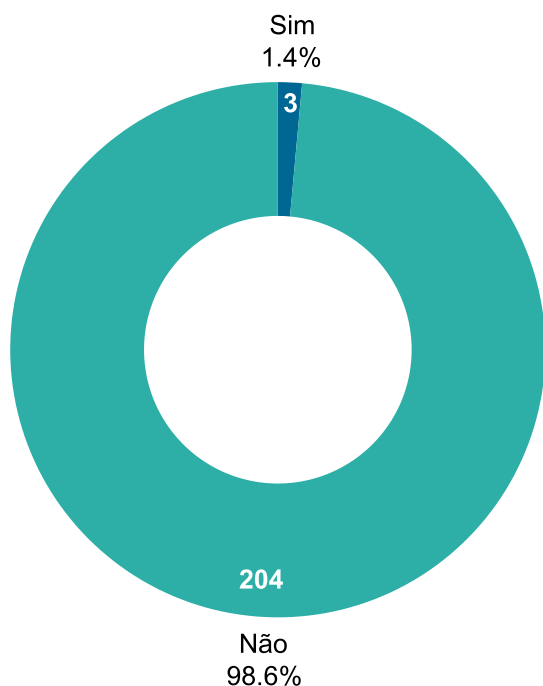


O gráfico 39 expõe que, do total de 207 (N) pacientes judiciário, 78,3% das pessoas (n=162) permaneceram em internação no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP (CMP); 21,3% das pessoas (n=44) tiveram sua medida convertida para Tratamento Ambulatorial. Registra-se, ainda, que foi verificado que no período do estudo que, após a conversão da medida em tratamento ambulatorial, 2 pacientes judiciários tiveram suas medidas convertidas novamente para internação. Ademais, verificou-se, no período, apenas 01 pessoa com a extinção da medida de segurança.

MEDIDA DE SEGURANÇA

ENTRADA APÓS A INTERDIÇÃO PARCIAL

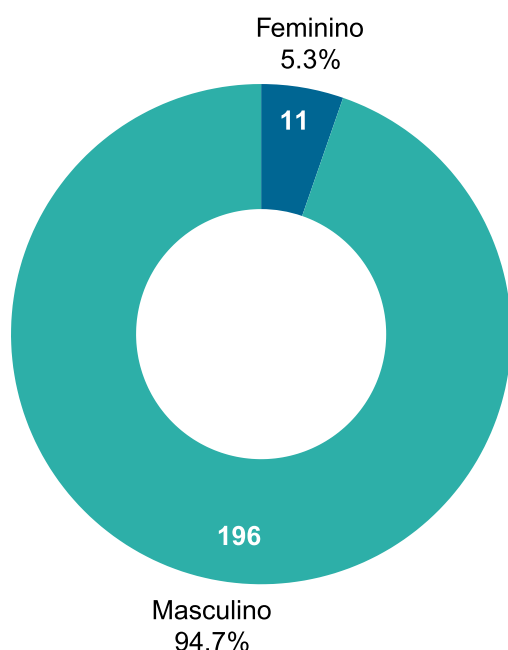
Gráfico 35 - Entrada após a interdição



Em relação à internação no hospital de custódia após a data de interdição parcial, constatou-se que, entre as pessoas em medida de segurança, 98,6% (n=204) ingressaram dentro do período regular. No entanto, 1,4% pessoas (n=3) ingressaram no CMP após esse prazo determinado, nas seguintes datas: 15/03, 20/04 e 15/05.

DISTRIBUIÇÃO POR SEXO

Gráfico 36 - Distribuição por sexo

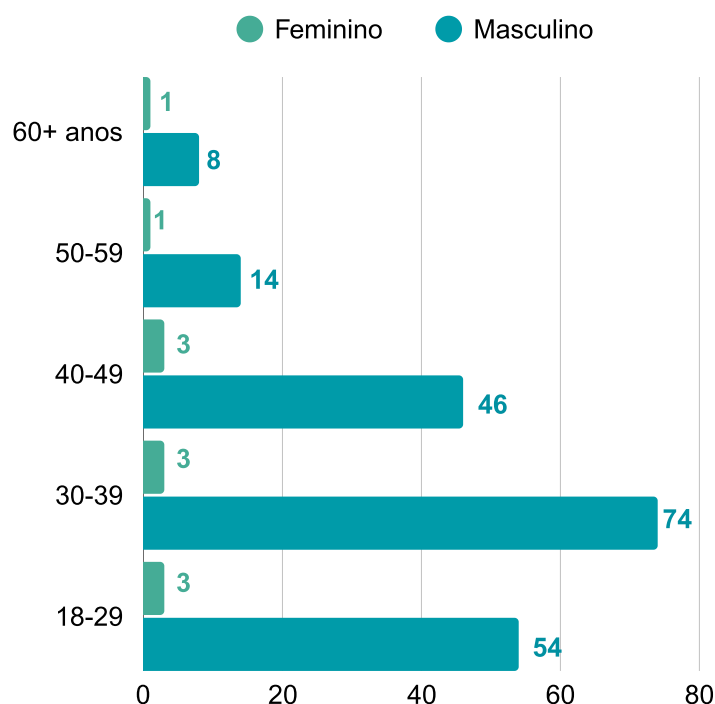


A classificação da população do CMP por sexo biológico revelou que a maioria dos pacientes judiciais em medida de segurança é composta por homens, totalizando 94,7% (n=196), enquanto as mulheres representam uma minoria de 5,3% (n=11). Esses dados apresentados no gráfico 41, indicam uma predominância masculina entre os pacientes internados no CMP.

FAIXA ETÁRIA

Na distribuição por faixa etária, a divisão foi organizada conforme a informação do sexo biológico.

Gráfico 37 - Faixa etária



Concernente à correlação entre faixa etária e sexo biológico, dos 207 pacientes judiciários em medida de segurança, abrangidos no período da pesquisa, foi possível verificar que:

- entre 18-29 anos: 26,1% (n=54) eram do sexo masculino e 1,44% (n=3) do sexo feminino;
- entre 30-39 anos: 35,7% (n=74) eram do sexo masculino e 1,44% (n=3) do sexo feminino;
- entre 40-49 anos: 22,2% (n=46) eram do sexo masculino e 1,44% (n=3) sexo feminino;
- entre 50-59 anos: 6,7% (n=14) eram do sexo masculino e 0,5% (n=1) do sexo feminino;
- de 60 anos ou mais: 3,8% (n=8) eram do sexo masculino e 0,5% (n=1) do sexo feminino.

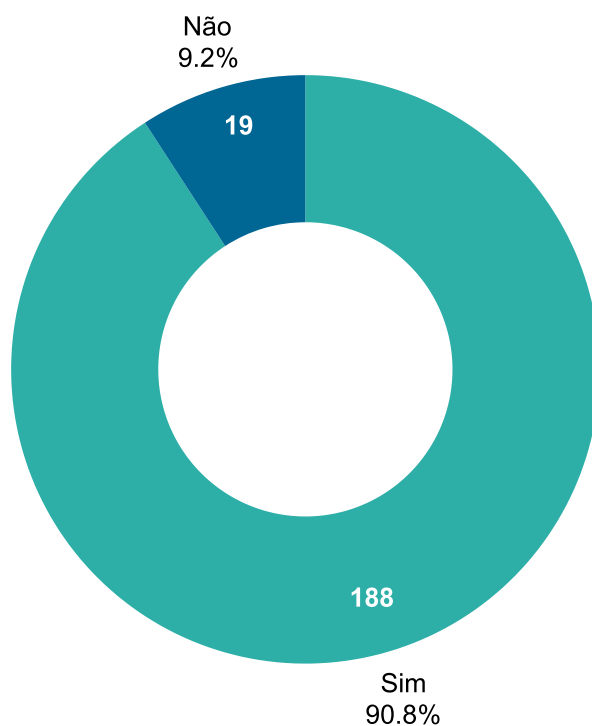
É possível, pela pesquisa, observar que a prevalência dessa população é do sexo masculino (94,68%) e está na faixa etária de 18 e 39 anos, representando 61,8%.

INCIDENTE DE INSANIDADE MENTAL

A análise revelou que, dos autos analisados na pesquisa, foi instaurado o incidente de insanidade mental em 90,8% (n=188).

Em alguns casos foi verificado também outros incidentes de insanidade, relacionados a outros processos, conforme identificado nos registros. Todavia, em 9,2% (n=19) dos processos estudados, não foram encontrados registros de incidente de insanidade. A consulta foi realizada no sistema Projudi.

Gráfico 38 - Instauração de incidente de insanidade mental

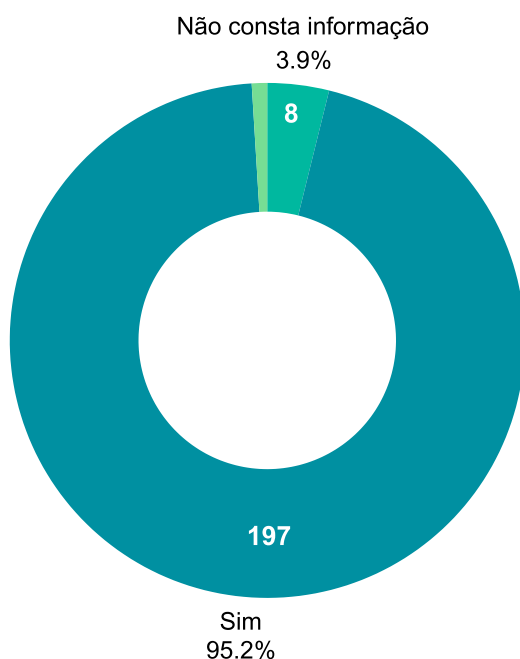


Considerando que se trata de casos em que foi determinado a medida de segurança, a ausência do incidente de insanidade em 9,2% dos processos estudados, pode indicar possíveis lacunas processuais, evidenciando a necessidade de uma maior padronização e acompanhamento.

MEDIDA DE SEGURANÇA

LAUDO PSIQUIÁTRICO

Gráfico 39 - Laudo psiquiátrico



Entre a população em cumprimento de medida de segurança, constatou-se que em 95,2% (n=197) possuem um ou mais laudos psiquiátricos. Em 3,9% (n=8), não foram localizados laudos psiquiátricos nem informações sobre a solicitação para agendamento do exame psiquiátrico, o que pode indicar falhas no processo de documentação ou no acompanhamento médico-psiquiátrico. Em 1% (n=2), dos casos em que verificou-se a ausência de laudo psiquiátrico, há registros de que o exame psiquiátrico está agendado, mas ainda não foi realizado.

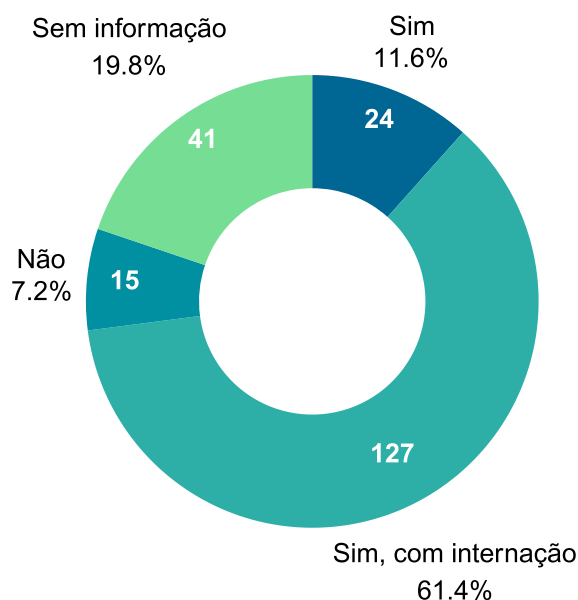
HISTÓRICO DE TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL

De acordo com os dados analisados nos autos, no período da pesquisa, 61,4% (n=127) possuem histórico de tratamento e já passaram por internação em hospitais, clínicas psiquiátricas, CAPS e/ou Comunidades Terapêuticas e, 11,6% (n=24) tem histórico de tratamento psiquiátrico, mas nunca na modalidade de internação, sendo a internação no CMP a primeira ocorrência. Já em 7,2% (n=15), há informação de nunca terem passado por qualquer tipo tratamento em saúde mental.

Assim, dos casos em que foi possível extrair informações de tratamentos anteriores à medida de segurança, que representam 73% dos casos, a maioria (61,4%) já havia passado por internações anteriores.

Os casos em que as informações nos autos foram insuficientes, sem quaisquer dados de históricos de tratamento em saúde mental, representaram 19,8% (n=41) dos casos estudados.

Gráfico 40 - Histórico de tratamento



MAPEAMENTO DOS DIAGNÓSTICOS

O mapeamento dos diagnósticos das pessoas em medida de segurança no Complexo Médico Penal foi organizado a partir dos transtornos tipificados na Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Primeiramente, serão apresentados os dados coletados concernentes aos diagnósticos **específicos** e, posteriormente, aqueles classificados no CID-10 como **abrangentes**.

Os transtornos mentais específicos com maior incidência nas medidas de segurança, no período estudado, são: Esquizofrenia (38); Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - síndrome de dependência (20); seguidos de Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de álcool - síndrome de Dependência (13) e Psicose não-orgânica não especificada (10). Salienta-se informar que em alguns casos existe a ocorrência de dois ou mais transtornos diagnosticados (comorbidade).

Apenas duas pessoas em cumprimento de medida de segurança não possui em um diagnóstico, ou essa informação está ausente nos autos.

Conforme o CID-10 os transtornos com maior incidência são:

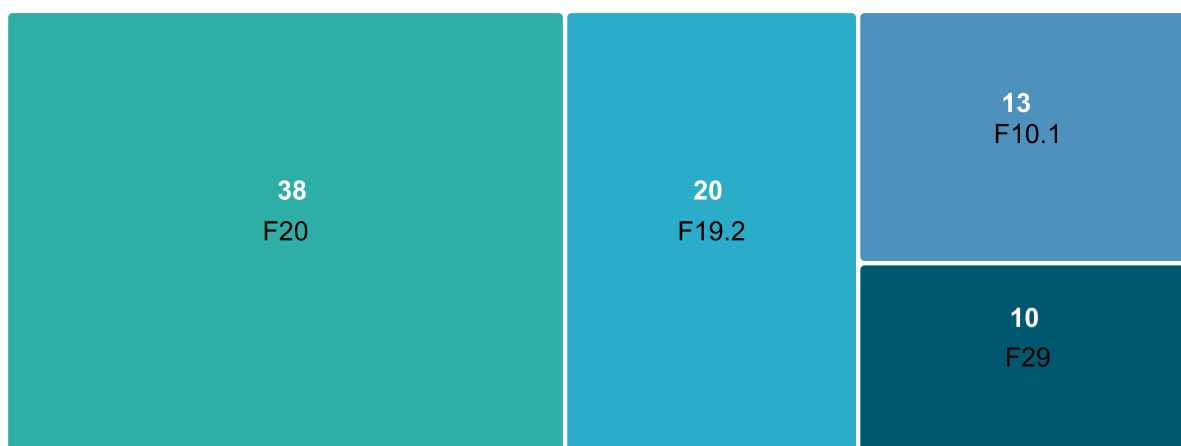
F 20 – Esquizofrenia (38);

F 19.2 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cocaína e maconha – Síndrome de dependência grave (20);

F 10.2 - Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de álcool - Síndrome de Dependência (13);

F 29 - Psicose Não Organiza Não Especificada (10).

Gráfico 41 - Diagnósticos com maior incidência



MEDIDA DE SEGURANÇA

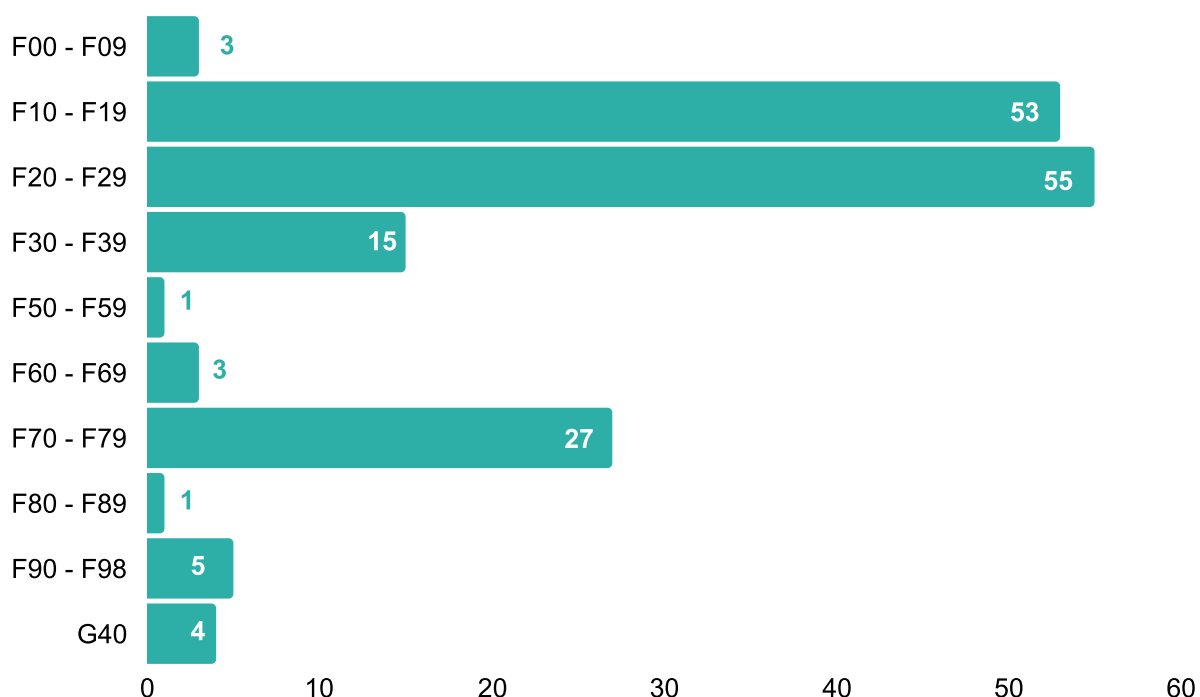
MAPEAMENTO DOS DIAGNÓSTICOS

Para melhor visualização elaborou-se um gráfico condizente com a incidência dos agrupamentos gerais do Código Internacional de Doenças CID-10, o que possibilita um olhar mais abrangente deste mapeamento, estão as seguintes categorias:

- Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00 – F09);
- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (F10 – F19);
- Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 – F29);
- Transtornos do humor [afetivos] (F30 – F39);
- Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (F40 – F48);
- Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F50 – F59);
- Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto (F60 – F69);
- Retardo mental (F70 – F79);
- Transtornos do desenvolvimento psicológico (F80 – F89);
- Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90 – F98);
- Transtorno mental não especificado (F99 – F99).

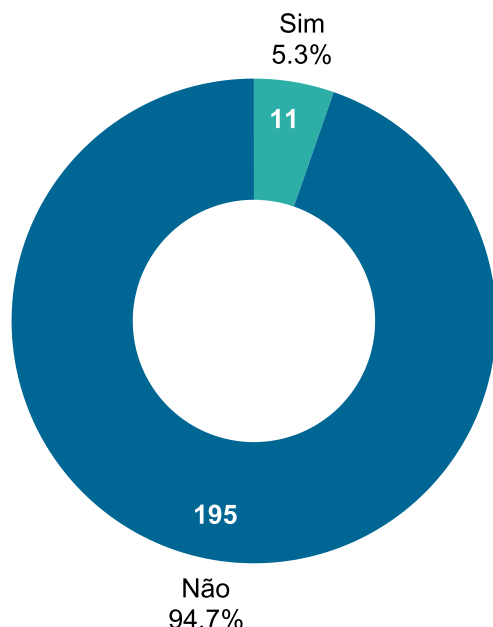
No estudo, foi possível levantar a incidência em cada agrupamento geral do CID-10, a qual está apresentada no gráfico a baixo.

Gráfico 42 - Incidência de cada agrupamento dos diagnósticos psiquiátricos pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) nas medidas de segurança.



EXAME DE CESSAÇÃO DE PERICULOSIDADE

Gráfico 43 - Existência de exame de cessação de periculosidade

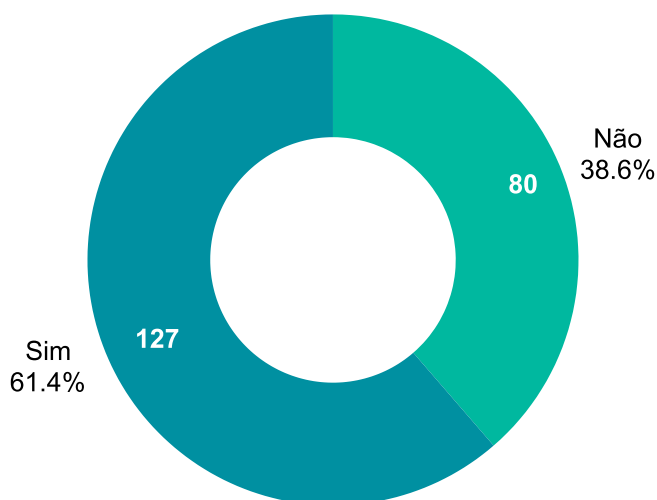


Com relação ao laudo psiquiátrico de cessação de periculosidade, o presente estudo, baseado nos registros dos autos analisados até setembro de 2024, revelou que, em 94,7% (n=195), o exame não foi localizado, enquanto apenas 5,3% (n=11) contavam com o laudo psiquiátrico correspondente.

Esses dados evidenciam a importância de manter atualizados os documentos em relação a atual condição de saúde dos pacientes, especialmente, o Plano Terapêutico Singular (PTS), visando garantir a primazia pelo tratamento em saúde mental em liberdade, nas modalidades que fortaleçam os vínculos sociais.

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Gráfico 44 - Pacientes com Relatório de Comissão Técnica de Classificação (RCTC) nos autos do processo



Quanto ao projeto terapêutico singular (PTS), verificou-se na pesquisa que o mesmo não é adotado no Complexo Médico Penal. Verificou-se que constava apenas um documento denominado Relatório de Comissão Técnica de Classificação (RCTC), ao invés do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que incluía orientações de encaminhamento para o período pós-desinternação, entre outras informações relevantes.

Dos pacientes que encontravam-se no CMP, no período da pesquisa, 61,4% (n=127) tinham RCTC nos autos do processo e 38,6% (n=80) não.

A partir desses dados, fica evidenciado a importância da construção de um PTS atualizado desde o ingresso na unidade, a fim de garantir o melhor acompanhamento em saúde mental e, principalmente, as estratégias de desinstitucionalização programada.

MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA

Para a análise do município de referência das pessoas nos processos estudados, adotaram-se as macrorregionais de Saúde do Paraná, devido à sua relevância na Política Antimanicomial. Inicialmente, será apresentada a distribuição por macrorregional (gráfico 50), e depois com a ilustração dos mapas das macrorregionais, a especificação por quantidade de pessoas por região.

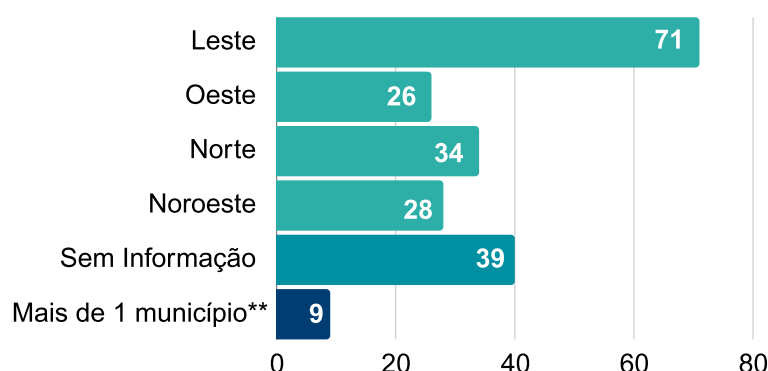
De acordo com os dados organizados por macrorregionais, verificou-se que a maior concentração está na macrorregional leste com 34,3% (n=71) dos casos, seguido pelas macrorregionais norte com 16,4% (n=34); noroeste com 13,5% (n=27) e, oeste com 12,6% (n=25) dos casos.

Dois pontos importantes a se destacar são: em 18,8% (n=39) dos casos, não foi possível localizar informações sobre o município de referência, apenas o município de origem. Além disso, em 4,3% (n=9) casos, havia indicação de mais de um município de referência como possibilidade de retorno, abrangendo diferentes macrorregionais ou até mesmo outros estados do Brasil.

Diante dessas especificidades, esses casos foram categorizados separadamente, sendo eles: Barbosa Ferraz ou Cambé (Noroeste/Norte); Sarandi ou Rancharia-SP (Noroeste/Estado de São Paulo); Londrina ou Telêmaco Borba (Norte/Leste), São Jeronimo da Serra ou Campo Largo ou Curitiba (Norte/Leste/Leste); Assis-São Paulo; Joinville-Santa Catarina, Porto União-Santa Catarina, Pinhalzinho-Santa Catarina e no estado da Paraíba (sem informação da cidade específica).

Os 18,8% (n=39) que não possuem informações sobre o município de referência, demonstram fragilidade no vínculo territorial, o que pode ser atribuída à natureza manicomial da internação de longa permanência, podendo acarretar no fenômeno do asilamento (situação asilar), pela ausência de vínculos extrainstitucional. Esse fenômeno de natureza é complexa, necessita de atenção da rede de proteção social, no processo de desinstitucionalização, envolvendo diversas políticas sociais.

Gráfico 45 - Macrorregionais de Saúde do Estado do Paraná



** Indicaram 2 ou mais municípios de diferentes macrorregiões ou outros estados

MEDIDA DE SEGURANÇA

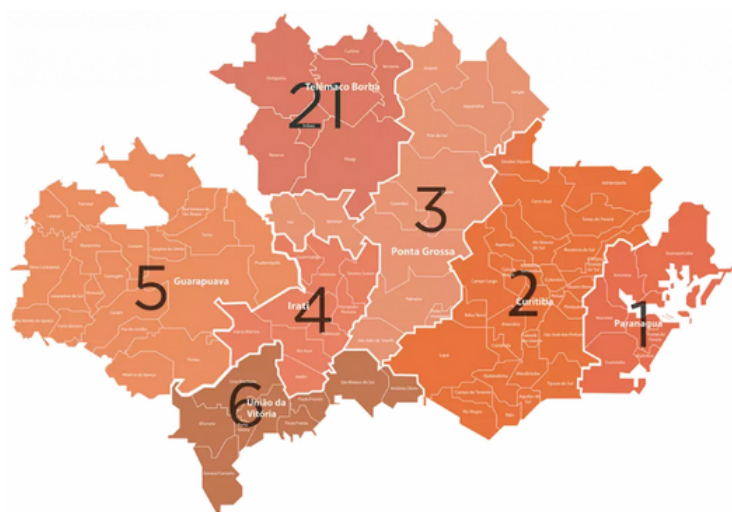
A seguir, eis os mapas das macrorregionais com o quantitativo de pessoas vinculadas aos processos estudados, por municípios de referência no Estado do Paraná.

MACRORREGIONAL NORTE (N=34)



Apucarana (1), Arapongas (3), Borrazópolis (1), Cambé (3), Cambira (1), Cândido de Abreu (1), Carlópolis (1), Congonhinhas (1), Cornélio Procópio (2), Faxinal (1), Figueira (1), Godoy Moreira (1), Ibiporã (1), Ivaiporã (1), Jacarezinho (2), Jataizinho (1), Londrina (6), Nova Tebas (1), Porecatu (1), Primeiro de Maio (1), Rolândia (1), Tamarana (1) e Uraí (1).

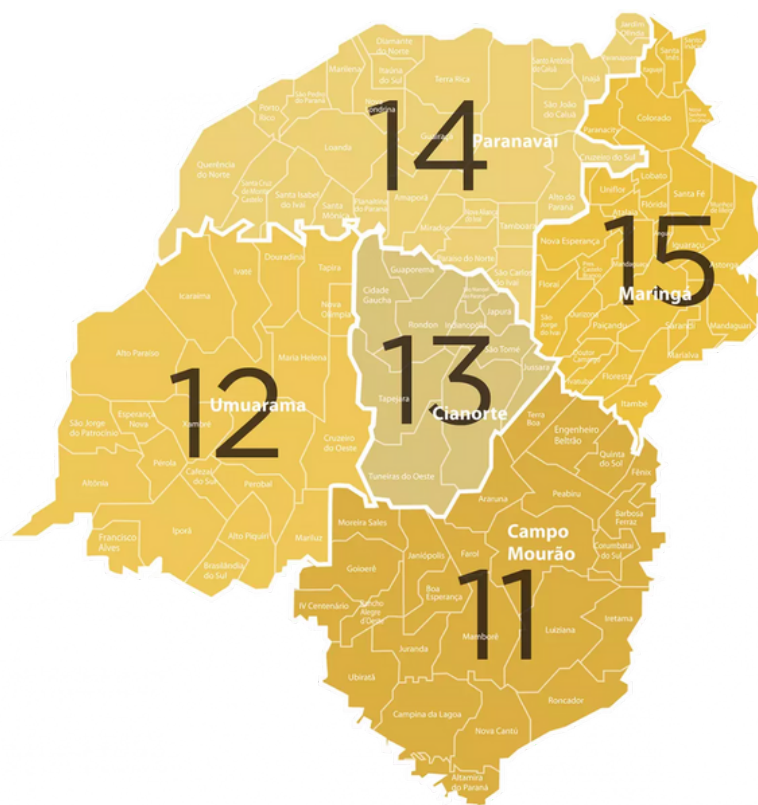
MACRORREGIONAL LESTE (N=71)



Almirante Tamandaré (3), Antonina (1), Araucária (3), Campina Grande do Sul (1), Campo Largo (2), Cantagalo (1), Castro (2), Cerro Azul (2), Colombo (2), Curitiba (18), Fazenda Rio Grande (2), Fazenda Rio Grande ou Curitiba (1), Guarapuava (4), Imbaú (1), Ibituva (1), Inácio Martins (1), Irati (1), Jaguariaíva (2), Lapa (2), Morretes (1), Palmital (1), Paranaguá (1), Pinhais (2), Pinhão (1), Piraí do Sul (1), Piraquara (2), Ponta Grossa (2), Rebouças (1), Reserva (1), Rio Bonito do Iguaçu (2), São José dos Pinhais (2), Telêmaco Borba (1), Tibagi (3).

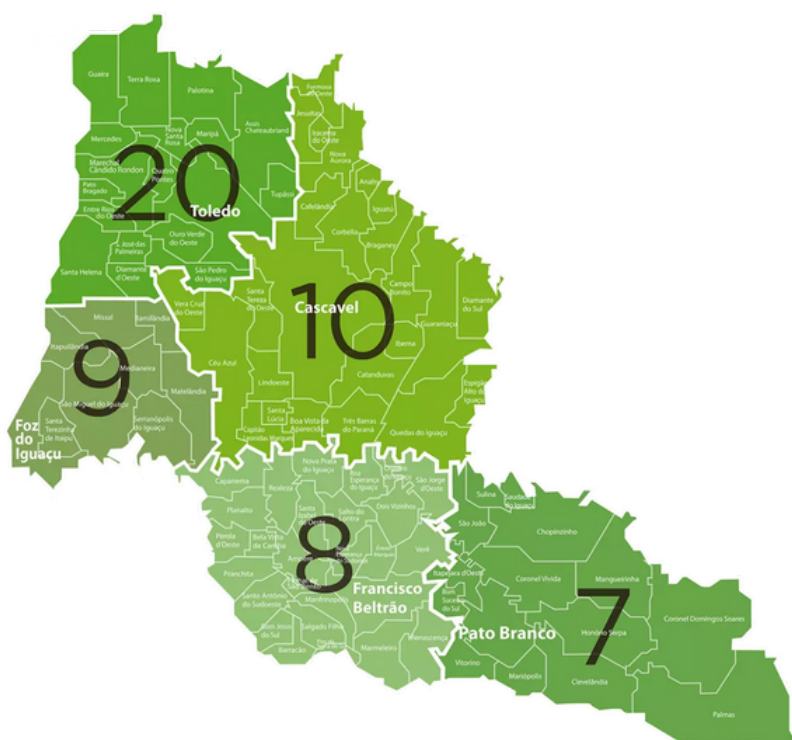
MEDIDA DE SEGURANÇA

MACRORREGIONAL NOROESTE (N=28)



Cafezal do Sul (2), Campina da Lagoa (1), Campo Mourão (1), Cruzeiro do Oeste (1), Ivatuba (1), Janiópolis (1), Mamborê (1), Maringá (1), Moreira Salles (1), Nova Esperança (2), Nova Londrina (1), Paranavaí (1), Peabiru (1), Pérola (1), Roncador ou Maringá (1), Santa Cruz do Monte Castelo (1), Sarandi (3), Tapejara (1), Tuneiras do Oeste (1), Ubitatã (2), Umuarama (2) e Uniflor (1).

MACRORREGIONAL OESTE (N=26)

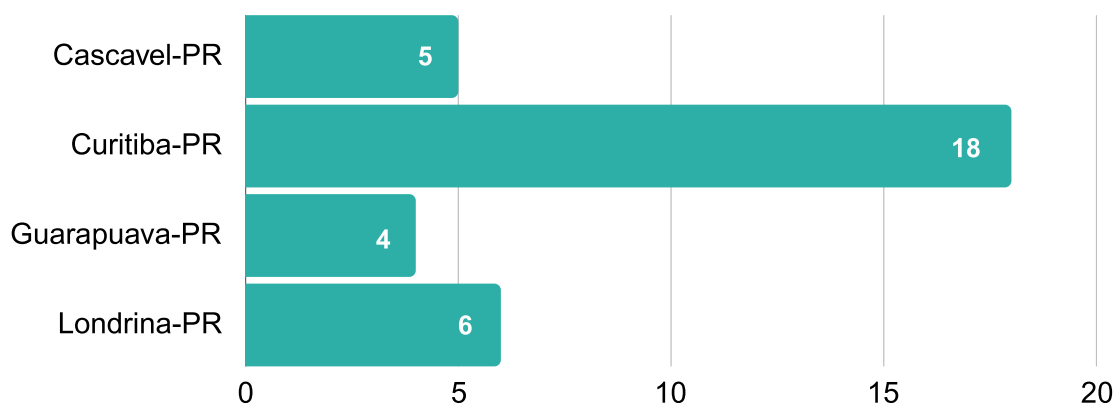


Barracão (1), Boa Vista da Aparecida (1), Cascavel (5), Céu Azul (1), Foz do Iguaçu (3), Francisco Beltrão (1), Guaraniaçu (1), Iracema do Oeste (1), Itaipulândia (1), Mangueirinha (1), Palmas (2), Quedas do Iguaçu (2), Santo Antônio do Sudoeste ou Francisco Beltrão (1), Toledo (3), Três Barras do Paraná (1) e Verê (1).

MEDIDA DE SEGURANÇA

Esse levantamento também permitiu identificar as cidades de referência com maior incidência de pessoas cumprindo medida de segurança no CMP, sendo elas: Curitiba (18); Londrina (6); Cascavel (5) e Guarapuava (4). Conforme o gráfico a seguir:

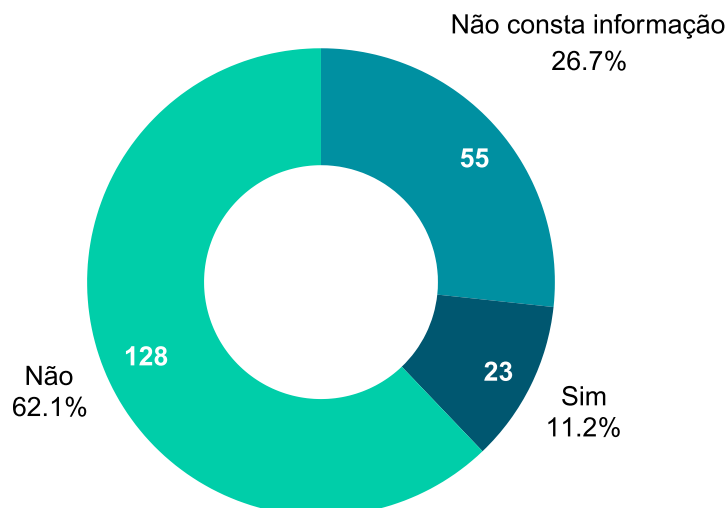
Gráfico 46 - Municípios com maior incidência de referência



DEMANDA DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

No que se refere a necessidade de acolhimento institucional, a partir da análise dos vínculos sociofamiliar, observou-se que 61,5% (n=128) contam com o acolhimento familiar após a desinternação no CMP. Outras 26,4% (n=55) não haviam informações recentes nos autos sobre os vínculos familiares e de apoio, o que sugere-se a possibilidade de acolhimento, nem sobre a capacidade de autogestão com renda própria. Além disso, foi verificado, em 11,1% (n=23) dos casos, por meio de informações, em relatório técnico da equipe do CMP, de vínculos familiares e territoriais rompidos e, conseqüentemente, apontando para necessidade de acolhimento institucional.

Gráfico 47 - Demanda de acolhimento



DISCUSSÃO DOS DADOS LEVANTADOS CONCERNENTES ÀS PESSOAS INTERNADAS POR MEDIDA DE SEGURANÇA

A Resolução CNJ n. 487 da Política Antimanicomial do Poder Judiciário representa um marco importante na proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais ou deficiência psicossocial no sistema de justiça, alinhado com os princípios da saúde mental e dos direitos humanos definidos na Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/2001).

No caso das pessoas que estão em cumprimento da medida de segurança na modalidade de internação, a Política reforça o princípio antimanicomial da desinstitucionalização em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTPs. A Resolução CNDH n. 8/2019, em seu art. 22, dispõe sobre a falência do cuidado integral e da perspectiva de reintegração social das pessoas no ambiente dos HCTPs, uma vez que as condições precárias dessas instituições e o confinamento prolongado pode agravar os quadros de saúde mental e física dessa população. Dessa forma, é reforçado a defesa pelo tratamento em liberdade, sempre que possível, de modo a impedir a segregação e tratamentos coercitivos.

Cabe destacar que o presente estudo apontou que, no período entre abril e junho de 2024, o CMP contava com 207 pessoas em medida de segurança, sendo que a análise de perfil mostrou que a maior parte dessa população tem entre 18 e 39 anos de idade, majoritariamente do sexo masculino. Ao final do período de estudo, entre essa população (N=207), 162 pessoas permaneciam internadas no hospital de custódia.

Em relação a instauração do incidente de insanidade mental, verificou-se que em 19 casos (9,2%) das pessoas que estavam internadas do CMP, não havia sido localizados registros no sistema Projudi de abertura do procedimento de insanidade. Quanto à existência de laudo psiquiátrico, 8 casos (3,9%) não possuíam registros e, em 2 casos (1%), havia indicação de agendamento do exame psiquiátrico apenas. Considerando que se tratam de casos em que foi determinado a medida de segurança, a ausência desses registros aponta para possíveis lacunas processuais, evidenciando a necessidade de uma maior padronização e acompanhamento rigoroso, visando garantir os direitos das pessoas com transtorno mental.

MEDIDA DE SEGURANÇA

Os transtornos mentais com maior incidência, localizados nos autos dos processos pesquisados, foram: Esquizofrenia 18,4% (38); Transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas 9,7% (20); seguidos de Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de álcool 6,3% (13) e Psicose não-orgânica não especificada 4,8% (10). Salienta-se informar que em alguns casos existia a ocorrência de dois ou mais transtornos diagnosticados em comorbidade.

Os dados apresentados sobre o exame de cessação de periculosidade indicaram que 94,7% (n=195) não dispõem do exame, e apenas 5,3% (n=11) possuem o laudo correspondente. Cabe lembrar que no CMP são produzidos dois documentos distintos que abordam sobre a periculosidade do paciente judiciário, o laudo elaborado pelo médico psiquiatra e o relatório da Comissão Técnica de Classificação (CTC) que contem os pareceres dos setores de Psicologia, Serviço Social, Pedagogia, Terapia Ocupacional e Segurança. Como o HCTP conta com apenas um médico psiquiatra, a maior parte dos processos possui somente o relatório da CTC.

A respeito do exame de cessação de periculosidade, observa-se que o termo permanece como um aspecto que necessita ser reavaliado no sistema judiciário. Embora o artigo 175 da Lei de Execução Penal - LEP preveja a avaliação da cessação de periculosidade com base em um laudo psiquiátrico, ou seja, por meio de perícia médica (conforme disposto no artigo 97, §1º do Código Penal), o próprio Código Penal permite a desinternação ou liberação condicional sem exigir explicitamente a realização desse exame. Concomitante a isso, a própria Resolução nº 487/2023 prevê no art. 12º, §5º que a autoridade judicial deverá revisar a possibilidade de encerrar a medida de segurança, quando em liberdade, em tratamento ambulatorial, ao menos uma vez por ano, ou em qualquer momento, caso seja solicitado pela defesa ou recomendado pela equipe de saúde que acompanha o paciente, sem que isso esteja condicionado ao término do tratamento em saúde mental.

Assim, é essencial que essa avaliação seja reformulada para produzir um documento alinhado às diretrizes da Política Antimanicomial, uma vez que a então nomenclatura reforça estigmas associados a pessoas com transtorno mental, perpetuando a visão que essa população representa um risco constante a sociedade. A adoção de uma terminologia e abordagem mais inclusiva, contribui na redução do preconceito e dos estigmas e promove uma percepção de cuidado, centrado na dignidade humana dos pacientes em tratamento.

MEDIDA DE SEGURANÇA

Sobre o Projeto Terapêutico Singular, a análise demonstrou que o CMP utilizava o Relatório de CTC como documento análogo ao PTS, em alguns documentos o termo era citado e em outros casos as informações pessoais e de saúde, orientações e encaminhamentos de desinstitucionalização eram juntados diretamente no parecer dos profissionais. Os dados do relatório sinalizaram que 80 pessoas (38,6%) não possuíam este documento no processo.

Cabe ressaltar que a ausência de uma estrutura adequada e o número reduzidos de profissionais e, principalmente de médicos psiquiatras, faz com que a realização dos exames e dos acompanhamentos periódicos se estendam por um prazo indeterminado. Assim, é primordial que o PTS seja construído desde a entrada do paciente, produzido de forma conjunta pela equipe interdisciplinar com a centralidade na pessoa em tratamento, promovendo estratégias de cuidados, com metas e tratamentos que possibilitem sua reintegração.

Por fim, destaca-se, também, no estudo dos processos atinentes à pacientes judiciários que encontravam-se no Complexo Médico Penal, com medida de segurança de internação, que ao localizar os municípios de referência dos pacientes e a proporção por macrorregionais, conforme a organização da saúde estadual do Paraná, pode-se constatar a concentração na macrorregião leste, com incidência de 34,3% (n=71 pessoas) dos casos, seguidos pelas macrorregiões norte, noroeste e oeste. Essa informação relacionada com a perspectiva da demanda por acolhimento institucional por aquelas pessoas que não possuem acolhimento familiar, pode auxiliar para que as equipes conectoras entre os sistemas de Saúde, Justiça e Assistência Social tracem estratégias de articulação.

Ademais, constata-se a importância da interface entre sistema de justiça e a política de saúde mental no fortalecimento da RAPS, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), e principalmente das Equipes do Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei que desempenham um papel fundamental no momento da desinstitucionalização dos HCTPs.

TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Esta seção trata-se de abordar o tratamento psiquiátrico quando da necessidade no curso da execução da pena. Ou seja, conforme o artigo 15 da Resolução 487/2023 do CNJ, quando a pessoa em cumprimento de pena precisar de tratamento em saúde mental, o juiz avaliará se a prisão deve continuar, considerando a necessidade de atenção à saúde.

O encaminhamento para os serviços da RAPS e à rede de proteção social será realizado com apoio das equipes de saúde das prisões, da EAP e da Intersam, por meio de diálogo contínuo com os serviços responsáveis, garantindo que informações sobre as necessidades individuais da pessoa sejam consideradas para priorizar sua saúde.

O tratamento psiquiátrico em saúde mental, refere-se ao conjunto de práticas terapêuticas e socioassistenciais conduzidas por profissionais da saúde mental e outras áreas do saber com o objetivo de diagnosticar, tratar e auxiliar no manejo dos transtornos e/ou deficiências psicossociais. Os campos do conhecimento instados à luz da Política Antimanicomial são os profissionais das áreas de: assistência social, psicoterapia, ocupacionais, lazer, entre outras.

Essas ações integradas permitem contemplar as diversas esferas da vida que requerem atenção e cuidado, incluindo uma combinação de abordagens visando a qualidade de vida dos pacientes. Nesse sentido, o tratamento psiquiátrico direcionado às pessoas que estão privadas de liberdade, no curso da prisão preventiva ou outra medida cautelar e que em algum momento necessitam de cuidados em saúde mental, deve seguir esses mesmos preceitos.

Em conformidade com a Lei Antimanicomial do Poder Judiciário (Resol. CNJ-487/2023), o encaminhamento desse público aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) foi redirecionado para o âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Todavia, os dados a seguir apresentados tratam-se de pessoas que necessitaram de tratamento psiquiátrico no curso da prisão e foram encaminhadas ao Complexo Médico Penal, antes a sua interdição.

TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

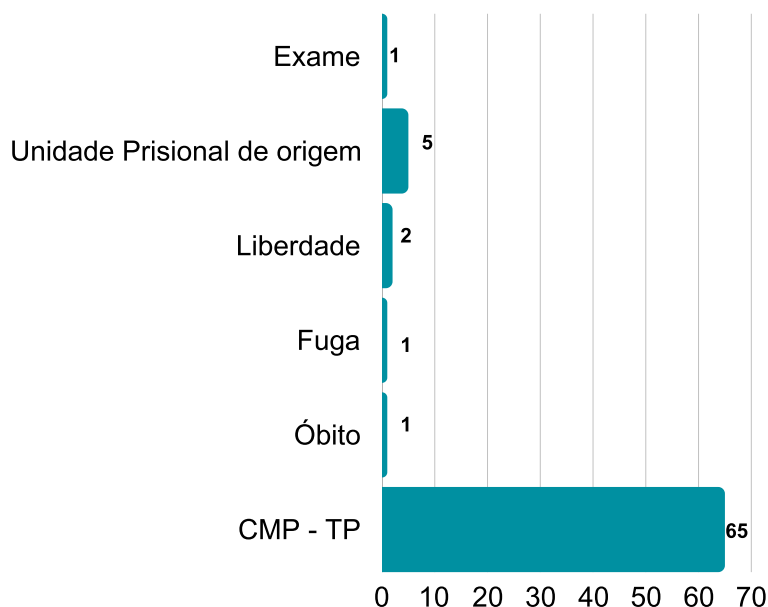
Nesta seção, foram analisados os dados referentes às 75 pessoas em tratamento psiquiátrico no Complexo Médico Penal, no período de abril a julho de 2024.

Os dados apresentados estão categorizados por perfil social, municípios de referências, histórico de tratamento em saúde mental, diagnósticos, tempo de permanência no CMP e situação processual.

CLASSIFICAÇÃO

Ao longo do estudo, foram identificadas algumas especificidades, conforme ilustradas no gráfico a seguir.

Gráfico 48 - Classificação dos casos



Dos 75 casos analisados, foram apreendidas as seguintes particularidades: 1 caso para realização de exames; 5 casos que após tratamento retornaram para unidade prisional de origem; 2 pessoas em liberdade (regime harmonizado); 1 pessoa foragida; 1 óbito, e os casos remanescentes (65) permanecem no CMP para Tratamento Psiquiátrico (TP).

TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

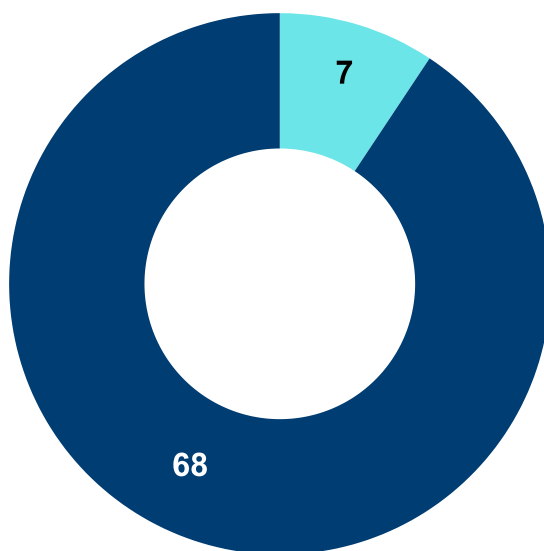
Nesta seção, foram analisados os dados referentes às 75 pessoas em tratamento psiquiátrico no Complexo Médico Penal, no período de abril a julho de 2024.

Os dados apresentados estão categorizados por perfil social, municípios de referências, histórico de tratamento em saúde mental, diagnósticos, tempo de permanência no CMP e situação processual.

DISTRIBUIÇÃO POR SEXO

No que se refere ao segmento sexo, o gráfico a seguir oferece uma exposição detalhada do público sob custódia no CMP em tratamento psiquiátrico.

Gráfico 49 - Distribuição por Sexo

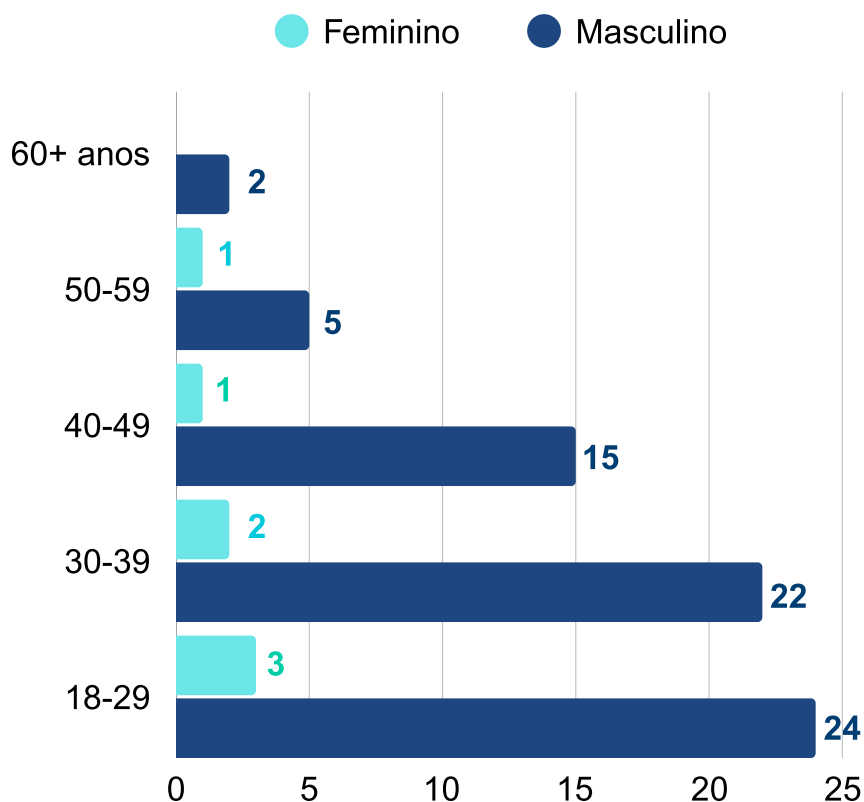


Os dados apresentados revelam que entre abril a julho de 2024, haviam 68 pessoas do sexo masculino em tratamento psiquiátrico na unidade, correspondendo a 90,7% do total e 7 pessoas do sexo feminino, representando 9,3% do público.

DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA

Os dados a seguir demonstram a distribuição etária com representação por sexo das pessoas em tratamento psiquiátrico sob custódia no CMP.

Gráfico 50 - Faixa Etária



A distribuição etária da população do CMP em tratamento psiquiátrico revela os seguintes dados:

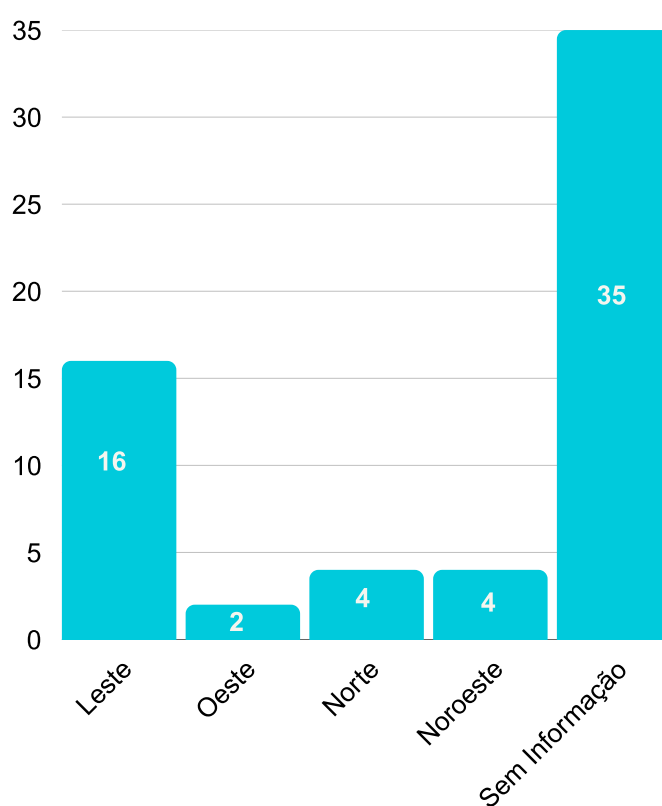
- 18-39 anos: 46 do sexo masculino e 5 do sexo feminino;
- 40-49 anos: 15 sexo masculino e 1 do sexo feminino;
- 50-59 anos: 5 do sexo masculino e 1 do sexo feminino;
- 60+ anos: 2 sexo masculino.

Destacando uma concentração significativa de jovens e adultos.

MUNICÍPIOS DE REFERÊNCIA

Em relação aos municípios de referência deste grupo, identifica-se uma diversidade de 26 localidades distribuídas entre as 4 macrorregionais de saúde do Estado do Paraná. No entanto, verificou-se a ausência desses dados da maioria dos pacientes judiciários. Conforme ilustrado no gráfico abaixo.

Gráfico 51 - Macrorregionais de Saúde do Estado do Paraná

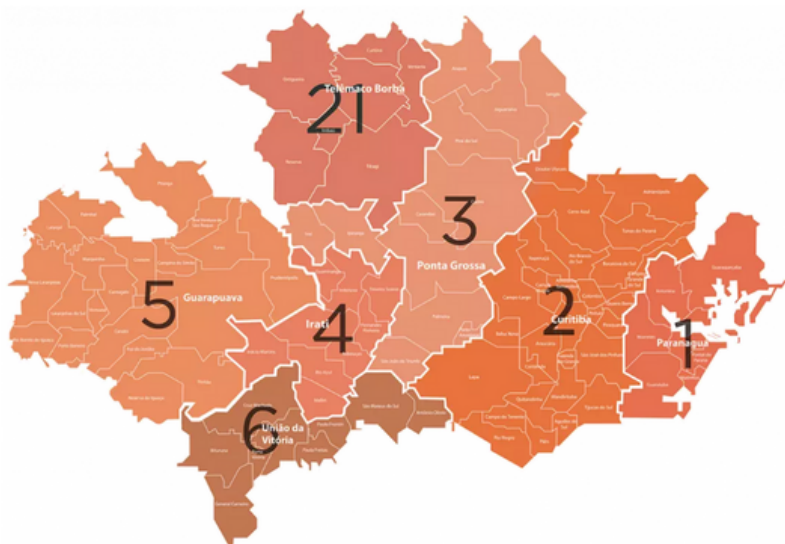


Ao analisar o gráfico acima, depreende-se uma ausência de informações nos autos dos processos quanto aos municípios de referência de uma expressiva maioria (57,4% - n=35). Entretanto, dentre os dados disponíveis, nota-se que 26,2% (n=16) pertencem à Macrorregional Leste; a Macrorregional Oeste conta com 3,3% (n=2), enquanto 6,6% (n=4) representam a Macrorregional Norte e a Macrorregional Noroeste possui a mesma representatividade de 6,6% (n=4).

As Macrorregionais serão pormenorizadas à seguir.

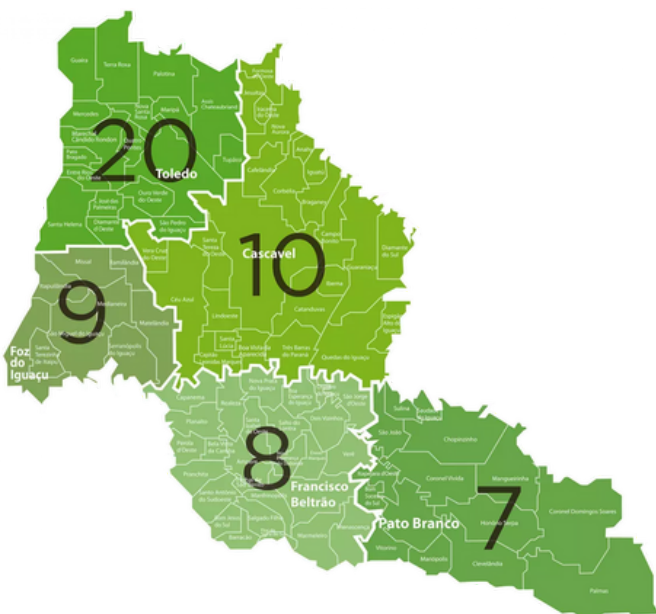
TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

MACRORREGIONAL LESTE (N=24)



Almirante Tamandaré (1); Campo Largo (1); Campina Grande do Sul (1); Colombo (1); Curitiba (8); Fazenda Rio Grande (1); Guarapuava (1); Jaguariaíva (1); Lapa (1); Laranjeiras do Sul (1); Piraquara (1); Ponta Grossa (1); Pontal do Paraná (1); Quitandinha (1); Rio Branco do Sul (1) e São José dos Pinhais (2).

MACRORREGIONAL OESTE (N=2)



Foz do Iguaçu (1) e Guaraniaçu (1).

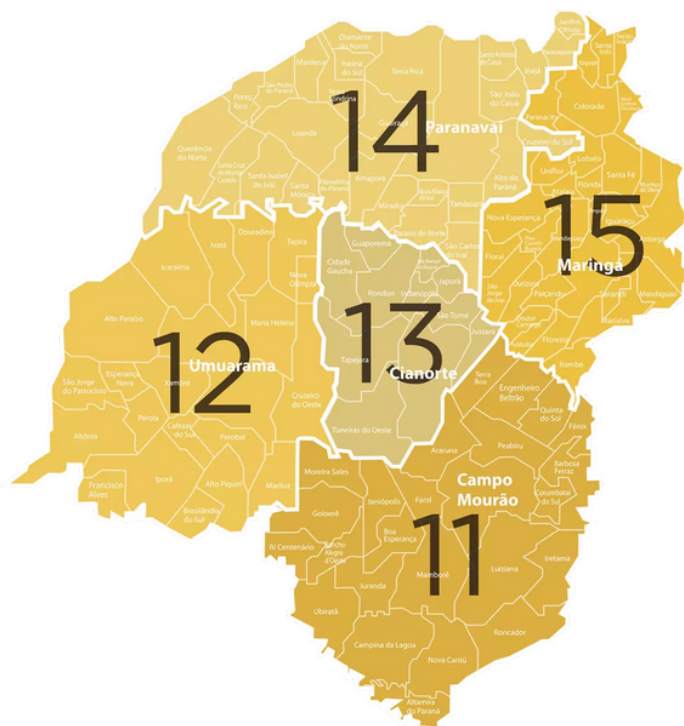
TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

MACRORREGIONAL NORTE (N=7)



Cambé (2); Londrina (3); Jacarezinho (1) e Santo Antônio da Platina (1).

MACRORREGIONAL NOROESTE (N=7)

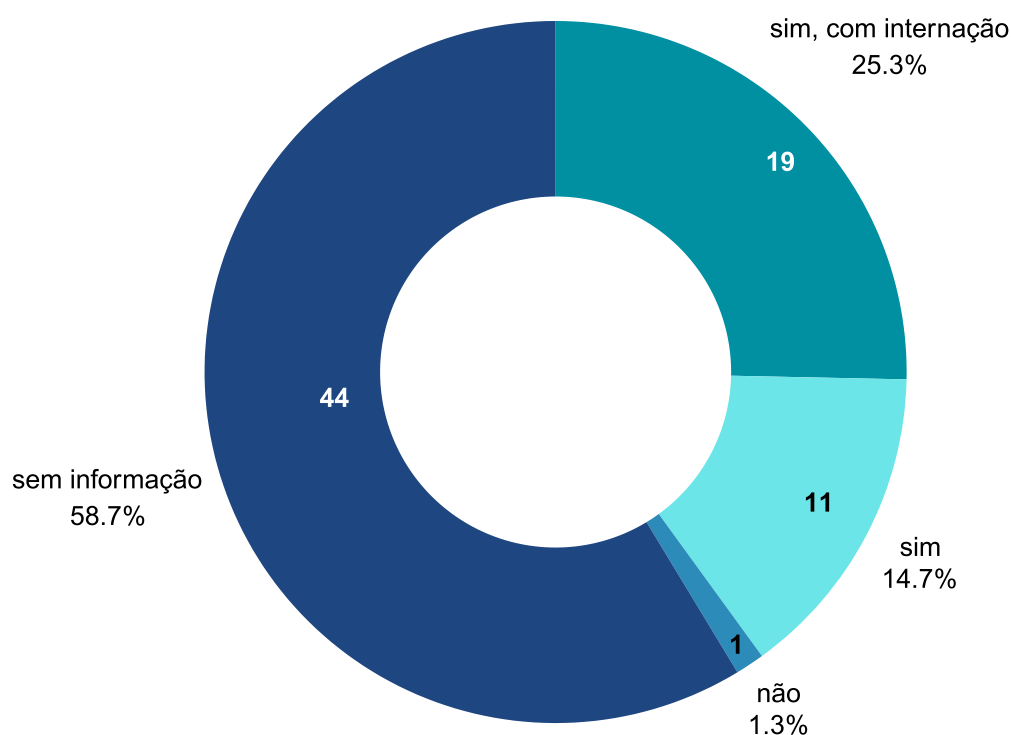


Colorado (1); Maringá (3); Paranavaí (1) e Umuarama (2).

HISTÓRICO DE TRATAMENTO

O gráfico a seguir é apresentado para ilustrar os dados coletados referente ao histórico de tratamento psiquiátrico das pessoas que foram transferidas ao CMP para tratamento psiquiátrico.

Gráfico 52 - Histórico de Tratamento

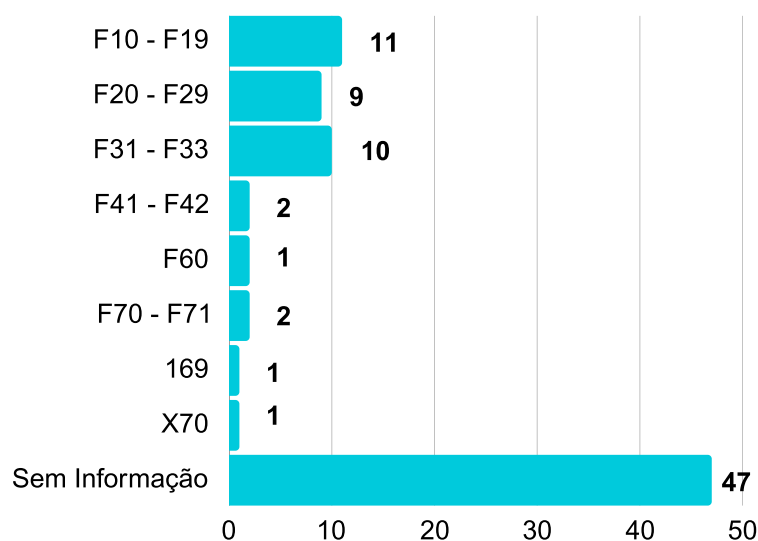


De acordo com o que consta nos autos dos processos, os dados coletados revelaram que de 44 pacientes (58,7%) em TP no CMP não foram possíveis encontrar registros de tratamento em saúde mental anterior ao período de transferência para a unidade. Por outro lado, 19 pessoas (25,3%) passaram por internação psiquiátrica em algum momento da vida, ao passo em que 11 (14,7%) tem histórico de tratamento ambulatorial, e apenas 1 pessoa (1,3%) nunca realizou qualquer tipo de tratamento psiquiátrico.

MAPEAMENTO DOS DIAGNÓSTICOS

O gráfico a seguir apresenta os grupos de diagnósticos psiquiátricos que se destacaram por sua maior prevalência, permitindo uma visão mais ampla deste mapeamento.

Gráfico 53 - Incidência de cada agrupamento dos diagnósticos psiquiátricos pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) nas medidas de segurança.



Descrição do Gráfico

- **F10 – F19** - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa;
- **F20 – F29** - Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes;
- **F31 – F33** - Transtornos do humor [afetivos];
- **F41 – F42** - Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes;
- **F60** - Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto;
- **F70 – F71** - Retardo mental;
- **169** - Sequelas de Doenças Cerebrovasculares;
- **X70** - Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação;
- **Sem Informação** - Não foi possível localizar nos autos dos processos o diagnóstico.

Para uma análise detalhada dos demais diagnósticos identificados consulte o anexo.

MAPEAMENTO DOS DIAGNÓSTICOS

O gráfico subsequente delineará o mapeamento dos diagnósticos de maior incidência entre os pacientes em tratamento psiquiátrico no CMP.

Gráfico 54 - Diagnósticos com maior incidência



Conforme análise, os diagnósticos predominantes são:

F19 - Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas - síndrome de dependência (7);

F20 - Esquizofrenia (7);

F31 - Transtorno Afetivo Bipolar (6).

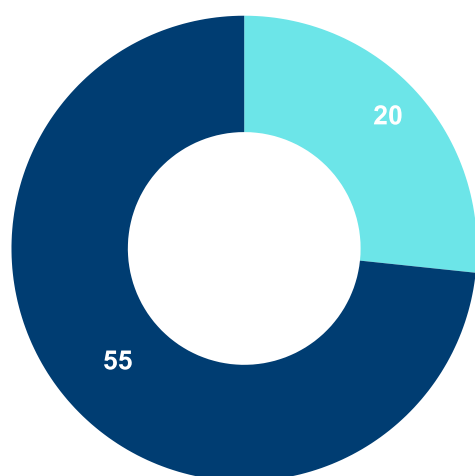
Convém igualmente destacar que, de 47 casos (53,3%) ainda não há informações acerca do diagnóstico, tendo em vista a ausência do laudo psiquiátrico atualizado.

TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

TRANSFERÊNCIA AO CMP

Apesar de haver menções nos autos dos processos sobre a custódia dos pacientes judiciários no Complexo Médico Penal, na maioria dos casos, faltam informações oficiais sobre a data e a razão da transferência desse público. Os dados quantitativos serão apresentados no gráfico a seguir.

Gráfico 55 - Informações sobre a transferência das PPL ao CMP

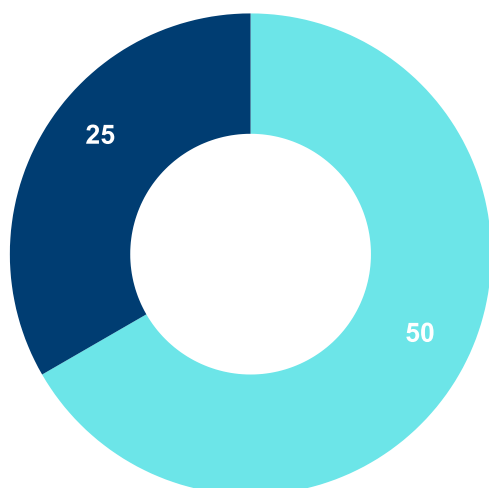


Uma significativa parcela dos casos analisados não apresentaram notificações nos autos acerca da transferência ao CMP para realização do tratamento psiquiátrico, representando 73,3% (n=55) do total, e apenas em 26,7% (n=20) dos processos foram possíveis localizar a referida informação, comprometendo o acompanhamento processual.

ENTRADA APÓS INTERDIÇÃO PARCIAL

Um contingente expressivo de pacientes judiciários na modalidade tratamento psiquiátrico ingressaram no CMP após o período determinado, conforme demonstra o gráfico abaixo.

Gráfico 56 - Entrada após a interdição parcial

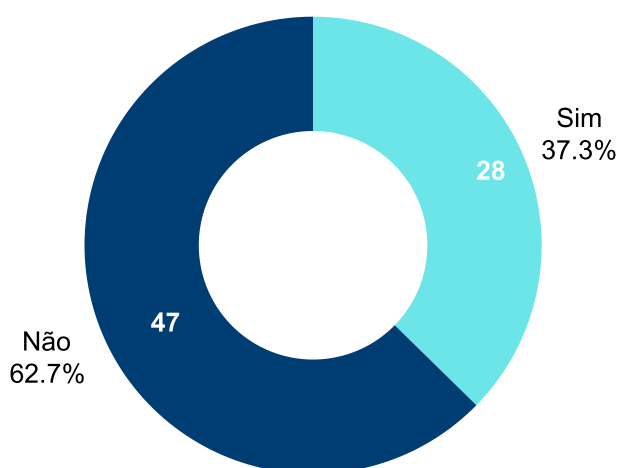


Observa-se que, do total de 75 pessoas sob custódia na unidade para tratamento psiquiátrico, 50 foram admitidas após o prazo estabelecido pela normativa, correspondendo a 66,7% do público, enquanto apenas 25 tiveram a data limite respeitada, concernente a 33,3% do total.

INCIDENTE DE INSANIDADE MENTAL

No que diz respeito à instauração de processos de Insanidade Mental, na maioria dos casos, não foram possíveis localizar esse registro. Os dados pertinentes serão apresentados no gráfico abaixo.

Gráfico 57 - Instauração de Incidente de Sanidade Mental

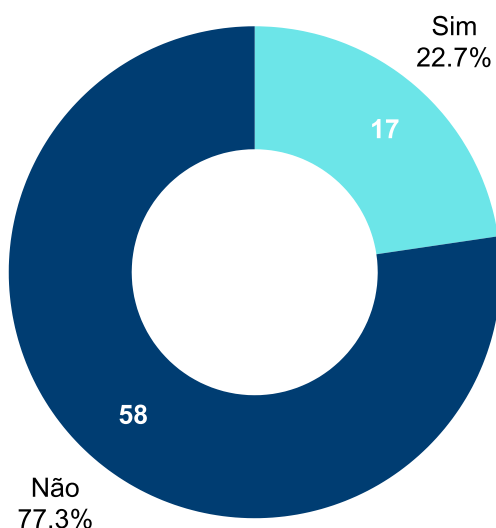


Foram identificados apenas 28 (37,3%) pacientes judiciais em tratamento psiquiátrico com o referido processo registrado. Em contrapartida, de 47 pessoas (62,7%) não foram possíveis localizar a instauração do processo de Insanidade Mental.

LAUDO PSIQUIÁTRICO

A seguir, será apresentado o quantitativo de laudos psiquiátricos identificados nos autos dos processos deste grupo, destacando que a maioria significativa dos documentos não foram localizados durante o período estudado. Tal como demonstrado no gráfico abaixo.

Gráfico 58 - Laudo Psiquiátrico



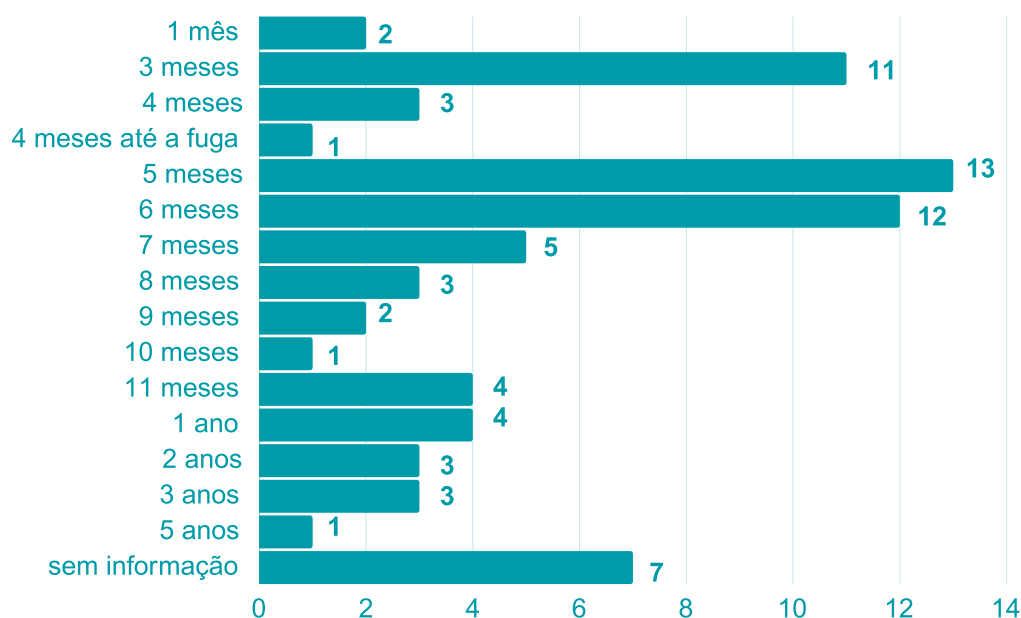
Não foi possível encontrar nos autos o laudo psiquiátrico de 58 pacientes (77,3%), ao passo em que o documento foi localizado em apenas 17 processos do total (22,7%). A ausência de laudo psiquiátrico anexado nos autos pode comprometer uma avaliação mais precisa por parte dos atores responsáveis, dificultando o planejamento das intervenções necessárias para atender às especificidades de cada sujeito.

TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

MÉDIA DE PERMANÊNCIA NO CMP

Este item expõe a duração média de permanência dos pacientes judiciários em tratamento psiquiátrico no CMP². Importante destacar que os dados aqui apresentados decorrem exclusivamente dos autos dos processos, passível de variações em caso de registros desatualizados, como a ausência de informações sobre a saída dessas pessoas do CMP, o que pode afetar a precisão dos elementos apresentados. Levando isso em consideração, o gráfico a seguir apresentará quantitativamente os resultados.

Gráfico 59 - Média de permanência das pessoas em Tratamento Psiquiátrico no CMP



Os dados coletados revelam que o período de permanência dos pacientes no CMP para tratamento psiquiátrico variam de 1 mês a 5 anos, sendo que a maior incidência corresponde a 5 meses, seguida por 6 e 3 meses. No entanto, é importante destacar que há pessoas que permanecem no CMP por períodos de 1 ano, 2 anos e até 5 anos, sem que nos autos dos processos sejam encontradas justificativas para esses longos períodos, evidenciando a necessidade de uma análise mais detalhada para compreender as razões subjacentes a essas estadias prolongadas, o que ressalta a importância de implementar adequadamente a resolução do CNJ 487/2023, a fim de garantir que o tratamento em saúde mental seja mais eficiente e integrado ao molde antimanicomial.

²Os dados aqui apresentados foram obtidos entre os meses de abril - setembro de 2024.

DISCUSSÃO DOS DADOS LEVANTADOS CONCERNENTES ÀS PESSOAS INTERNADAS PARA TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

O Código de Processo Penal (CPP) determina que, havendo indícios de comprometimento da saúde mental da pessoa sob custódia, o Juiz deve deliberar sobre a realização de exames pertinentes. Tal previsão visa assegurar que a imposição da prisão não inviabilize o acesso ao tratamento adequado em saúde mental, conforme as disposições da Lei nº 10.216/2001 e da Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

Além disso, essas pessoas podem ter apresentado sinais de sofrimento mental ao longo da vida, bem como um histórico de tratamento, os quais constituem subsídios para a avaliação de seu quadro particular, tanto pela equipe de saúde, quanto para o judiciário.

No entanto, os elementos apresentados neste material, demonstraram que a maioria das pessoas em tratamento psiquiátrico no CMP não possuem registros de tratamento ou suas condições de saúde mental nos processos, prejudicando a análise e as intervenções singularizadas. Para isso, seria oportuno que os processos judiciais e os procedimentos de saúde mental sejam integrados, assegurando que todos os detalhes pertinentes ao processo sejam devidamente registrados para que os atores envolvidos tenham acesso às informações necessárias.

Em relação ao atendimento, como supracitado, a Resolução 487/2023-CNJ indica que deve ser realizado no âmbito do SUS, especificamente nas RAPS, no entanto, ao analisar os dados desta seção, constatamos que, salvo exceções, essa diretriz foi desconsiderada, visto que grande parcela das pessoas em cumprimento de pena que necessitaram de cuidados em saúde mental foram encaminhadas ao CMP mesmo após a implementação da resolução e da interdição parcial dos HCTP's, esse descumprimento constitui uma violação do direito que essas pessoas tem de acessar um tratamento compatível com os princípios da Política Antimanicomial.

Também cabe destacar que, conforme observado, na maioria dos processos analisados não foram encontradas informações formais sobre a data de entrada, bem como a razão do encaminhamento ao CMP. As datas descritas neste material procederam da análise minuciosa das movimentações processuais, onde foi possível encontrar menções informais dos atores competentes, caracterizando uma lacuna processual.

TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Essa ausência de dados compromete a real apreensão dos processos e não apenas dificulta a adequada avaliação jurídica e clínica, como também pode resultar em desinformações, obstruindo o alinhamento das ações com as necessidades atuais dos pacientes judiciários.

No que concerne ao trâmite processual desse grupo, a Política Antimanicomial do Poder Judiciário instrui que a autoridade judicial reavalie a manutenção da custódia prisional com base em avaliações preliminares multidisciplinares e interinstitucionais, conduzidas por profissionais qualificados que irão indicar as necessidades específicas de cada caso. O objetivo dessa abordagem é verificar a viabilidade da extinção e/ou remanejamento da medida em curso, assegurando que a gestão da pena e o tratamento em saúde mental sejam proporcionais às particularidades observadas.

Quanto a isso, o art. 152 do Código de Processo Penal garante que “Se verificar que a doença mental sobreveio à infração o processo continuará suspenso até que o acusado se restabeleça”; para que haja essa aferição, os artigos 149 a 154 preveem a instauração do “Incidente de Insanidade Mental”, que consiste no procedimento de verificação da saúde mental da pessoa acusada, por meio de perícia médica realizada pela Polícia Científica. Da mesma forma, é importante sinalizar que, durante a avaliação preliminar, se for constatado que o paciente não tem possibilidade de ser considerado imputável, a instauração do procedimento torna-se desnecessária, cabendo ao juiz, conforme seu discernimento, decidir pela solicitação, ou não, do Incidente de Insanidade Mental.

No entanto, ao optar pela instauração do exame pericial e confirmada a imputabilidade penal, mesmo que seja reconhecida a existência de um diagnóstico em saúde mental, o cumprimento da pena seguirá no estabelecimento penal, mas deverá ser disposto ao paciente judiciário um tratamento adequado no âmbito do SUS, em conformidade com os preceitos da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, na qual a unidade prisional deve disponibilizar todos os meios necessários para sua realização.

Em se tratando do exame pericial resultar na inimputabilidade penal, existe a possibilidade da conversão da pena aplicada em medida de segurança, que conforme disposto na Lei nº 10.216/2001 e na Resolução nº 487/2023 do CNJ, deve ser fundamentada na decisão da equipe de saúde responsável pelo caso.

TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

No que diz respeito ao público analisado deste capítulo, verificou-se que em mais da metade dos processos examinados não foi encontrado o Incidente de Insanidade Mental, tampouco o Laudo Psiquiátrico, documento que comumente acompanha tal instrumento, comprometendo tanto a integridade quanto a eficácia da avaliação jurídica e médica. A ausência dessas informações prejudica a compreensão integral da situação processual e clínica do paciente, onerando não só a formulação de um plano terapêutico adequado, mas também que o processo tenha um andamento que atenda às necessidades específicas do sujeito.

Cabe igualmente destacar que, de acordo com os novos paradigmas de atenção à saúde mental, a decisão sobre a permanência da pessoa custodiada em internação hospitalar incumbe aos profissionais de saúde, assim a internação ocorre apenas pelo período determinado pela equipe médica, o que implica em uma questão complexa se observarmos os dados de média de permanência expostos nesta seção, considerando que um número significativo de pacientes encaminhados ao CMP para tratamento psiquiátrico mantêm-se alocados na unidade por um longo período, sem que haja atualizações nos autos dos processos sobre sua condição ou previsão de alta. Essas prolongadas permanências são discutíveis, considerando que o tratamento oferecido não está em conformidade com a política antimanicomial, em que o apropriado seria que esse público fosse direcionado ao Sistema Único de Saúde.

Por fim, vê-se como essencial fortalecer a implementação efetiva da Resolução 487/2023-CNJ para garantir que o modelo antimanicomial alcance as pessoas em conflito com a lei que necessitam de cuidados em saúde mental, compreendendo os novos paradigmas que propõem um tratamento mais humanizado, respeitando as particularidades dos sujeitos e integrando saberes de diferentes áreas, de forma a proporcionar uma atenção sistêmica que abarque todos os aspectos da vida que requerem proteção. Para isso, o sistema de justiça, de saúde e demais políticas quando necessárias, devem trabalhar em sinergia, engendrando esforços para superar as barreiras existentes e assegurar um tratamento que respeite os princípios da Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A publicação da Resolução CNJ nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), representou o início de uma mudança paradigmática na abordagem de casos de pessoas com transtornos mentais ou deficiências psicossociais em conflito com a lei.

Considerando a necessidade de um trabalho interinstitucional, bem como interdisciplinar, o LIEP-GMF, como visto, somou esforços visando colaborar com a implementação da Política Antimanicomial do Judiciário no estado do Paraná.

A elaboração deste relatório foi orientada a partir da relevância do mapeamento e fortalecimento dessa política no Paraná, considerando a complexidade inerente à interface entre o sistema de justiça e saúde mental. Constatou-se que, embora avanços normativos tenham sido conquistados, tendo em vista a publicação da Resolução CNJ nº 487/2023, ainda persiste um distanciamento considerável entre as diretrizes estabelecidas e sua efetiva implementação.

O cuidado em saúde mental deve ir além, priorizando a dignidade, a autonomia e a singularidade de cada sujeito, respeitando seus percursos subjetivos e promovendo estratégias de inclusão social e fortalecimento de vínculos.

Nesse contexto, torna-se fundamental a construção de diretrizes e práticas que estejam em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Política Antimanicomial, assegurando que o atendimento às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei ocorra de forma ética, humanizada e comprometida com a defesa dos direitos humanos.

Ademais, destaca-se a relevância do trabalho intersetorial e interdisciplinar, indispensável para efetivar a Política Antimanicomial e assegurar a continuidade do cuidado em liberdade, reduzindo internações prolongadas e promovendo a reinserção social.

Por fim, reforça-se a importância de que os processos de desinstitucionalização e o cuidado em saúde mental sejam conduzidos com responsabilidade ética e compromisso social, reconhecendo não apenas as limitações existentes, mas também as potencialidades desse campo.

Não se cura aquilo que não se conhece.

Nise da Silveira

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro/RJ: Editora Fiocruz, 2007. 120 p. (Temas em Saúde). ISBN 978-85-7541-135-3.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.

ÁVILA, C. S. **Crise e estabilização em Psicopatologia Fundamental**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo/SP, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília/DF, 5 de outubro de 1988. Disponível em: <Constituição>.

BRASIL. **Código Penal Brasileiro**. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 7 dez. 1940.

BRASIL. **Decreto de Lei n. 3.689**, de 03 de outubro de 1941. Código de Processo Penal - Capítulo VIII: Da Insanidade Mental do Acusado. Diário Oficial da União, Brasília/DF, 1941. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689compilado.htm>.

BRASIL. **Lei nº 7.209**, de 11 de julho de 1984. Altera dispositivos do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília/DF, 12 jul. 1984. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1980-1987/lei-7209-11-julho-1984-356852-publicacaooriginal-148882-pl.html>>.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>.

BRASIL. **Lei nº 10.792**, de 1º de dezembro de 2003. Altera dispositivos da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 - Lei de Execução Penal, dispondo sobre a disciplina e estabelecendo normas para a realização de exame criminológico. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.792.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM/MS nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília/DF, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>.

BRASIL. **Resolução nº 2.057**, de 12 de novembro de 2013. Conselho Federal de Medicina – CFM, Brasília, DF, 12 nov. 2013. Disponível em: <https://www.uniad.org.br/wp-content/uploads/2017/05/2057_2013.pdf>.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 94**, 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). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 15 jan. 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria Interministerial nº 1**, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 1, p. 23–25, 3 jan. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html.

BRASIL. **Lei nº 13.146**, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília/DF, 2015. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm>.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos Humanos. **Resolução nº 8**, de 14 de agosto de 2019. Estabelece diretrizes para o tratamento de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei e a aplicação da medida de segurança. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 158, p. 91, 16 ago. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-8-de-14-de-agosto-de-2019-210861163>.

BRASIL. **Resolução nº 405**, de 6 de julho de 2021. Conselho Nacional de Justiça – CNJ. Brasília, DF, 2021. Disponível em: < <https://direitoshumanos.dpu.def.br/resolucao-cnj-no-405-2021-estabelece-procedimentos-para-o-tratamento-das-pessoas-migrantes-custodiadas-acusadas-res-condenadas-ou-privadas-de-liberdade-inclusive-em-prisao-domiciliar-e-em-outras/> >.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). (gov.br). **Reforma Psiquiátrica: Ministério da Saúde e Poder Judiciário discutem desinstitucionalização da saúde mental**. Brasília/DF, 2023. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/junho/ministerio-da-saude-e-poder-judiciario-discutem-desinstitucionalizacao-da-saude-mental>>.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Portaria SAES/MS Nº 2.070**, de 4 de setembro de 2024. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2024. Disponível em: < <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-saes/ms-n-2.070-de-4-de-setembro-de-2024-585122063> >.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM/MS Nº 4.876**, de 18 de julho de 2024. Brasília, 2024. Disponível em < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt4876_19_07_2024.html >.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). (gov.br). **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Brasília/DF, s/d-a. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps>>.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). (gov.br). **Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília/DF, s/d-d. Disponível em: <Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) — Ministério da Saúde>.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARDOZO, T. B.; MONTEIRO, R. A. de P. Da Psiquiatria Tradicional à Reforma Psiquiátrica: O Ambulatório de Saúde Mental como Serviço de Tratamento. **Revista Psicologia e Saúde**, [S. l.], 2019. DOI: 10.20435/pssa.v0i0.768. Disponível em: <<https://pssaucdb.emnuvens.com.br/pssa/article/view/768>>.

CARMO, M. E. do; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro/RJ, v. 34, n. 3, p.1-14, mar. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE – CONASS. **Nota Técnica 36/2023. Estratégia para apoio e acompanhamento da atenção ao paciente judiciário**. Brasília/DF, 2013. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2013/09/NT-36-2013-Paciente-judiciario.pdf>.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Manual da política antimanicomial do Poder Judiciário [recurso eletrônico]**: Resolução CNJ nº 487 de 2023. Brasília/DF, 2023. Coordenação de Luís Geraldo Sant'Ana Lanfredi. [et al.] Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/09/digital-manual-antimanicomial.pdf>>

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Manual de proteção social na audiência de custódia: Parâmetros para o serviço de atendimento à pessoa custodiada**. Conselho Nacional de Justiça, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime; coordenação de Luís Geraldo Sant'Ana Lanfredi ... [et al.]. Brasília/DF, 2020-a.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução n. 487**, de 15 de fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, procedimentos e estabelece diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Brasília/DF, 2023. Disponível em: <<https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf>>.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO – CNMP. (cnmp.mp.br). **Medida Cautelar**. Brasília/DF, s/d. Disponível em: <Medida cautelar - Conselho Nacional do Ministério Público>.

DIAS, M. K.; FERIGATO, S. H.; FERNANDES, A. D. S. A. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 595–602. 2020.

GONDIN, G. M. M de; MONKEN, M. Território e territorialização. In: GONDIM, Grácia Maria de Miranda; CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova; MIYASHIRO, Gladys Miyashiro (Org.). Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade. Rio de Janeiro/RJ: EPSJV, 2017. p. 21-44.

MACHADO, L.; CUTIN, S. **Comorbidades comuns a doenças psiquiátricas**. Publicações ABP documentos e vídeos, Rio de Janeiro/RJ, v. 8, 2021. DOI: 10.25118/issn.2965-1832.2021.574.

MECLER, K. Periculosidade: Evolução e aplicação do conceito. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, 2010.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto Terapêutico Singular**. In: CUNHA, G. T. A construção da clínica ampliada na atenção básica. 3ª Ed., Hucitec, São Paulo/SP, 2010.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS (tjdft.jus.br). **Medidas de Segurança**. Brasília/DF, 2023. Disponível em: <Medidas de segurança — Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios>.

WANDERLEY, M. B., et.al. Intersetorialidade nas Políticas Públicas. **Serviço Social & Sociedade**, 137, 189-202. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0101-6628.198>>.

WHITBOURNE, S. K.; HALGIN, R. P. **Psicopatologia: perspectivas clínicas dos transtornos psicológicos [recurso eletrônico]**. Tradução: Maria Cristina G. Monteiro; revisão técnica: Francisco B. Assumpção Jr., Evelyn Kuczynski. 7. ed. Porto Alegre/RS: AMGH, 2015. Livro impresso publicado em 2015. ISBN 978-85-8055-487-8.

YAMAMOTO, E.Y. **O vínculo comunitário**. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação XIV Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sudeste – Rio de Janeiro/RJ, 2009.

