

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-graduação do Centro de Estudos de Criminalidade e Segurança
Pública

Jeanmichel Silva Santos

**A RESOLUÇÃO nº 487/2023 DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA: uma análise
da implementação do processo de desinstitucionalização no estado de Minas Gerais**

Belo Horizonte

2024

Jeanmichel Silva Santos

**A RESOLUÇÃO nº 487/2023 DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA: uma análise
da implementação do processo de desinstitucionalização no estado de Minas Gerais**

Monografia de especialização apresentada ao
Programa de Pós-graduação do Centro de
Estudos de Criminalidade e Segurança Pública
da Universidade Federal de Minas Gerais como
requisito parcial para obtenção de título de Pós-
graduando em Estudos de Criminalidade e
Segurança Pública

Orientadora: Profa. Dra. Roseane de Aguiar
Lisboa Narciso

Belo Horizonte

2024

301 Santos, Jeanmichel Silva.
S237r A Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça
2024 [recurso eletrônico] : uma análise da implementação do
processo de desinstitucionalização no estado de Minas Gerais /
Jeanmichel Silva Santos. - 2024.
1 recurso online (80 f.): pdf
Orientadora: Roseane de Aguiar Lisboa Narciso.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em
Estudos de Criminalidade e Segurança Pública - Universidade
Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências
Humanas.
Inclui bibliografia.

1.Reforma psiquiátrica. 2.Psiquiatria. I. Narciso, Roseane de
Aguiar Lisboa. II.Universidade Federal de Minas Gerais.
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III.Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ATA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
ESPECIALIZAÇÃO EM ESTUDOS DE CRIMINALIDADE E SEGURANÇA PÚBLICA

**ATA DE DEFESA DE MONOGRAFIA DE
2023692550 JEANMICHEL SILVA SANTOS**

Aos treze dias do mês de dezembro de dois mil e vinte e quatro, reuniu-se a banca examinadora de defesa de monografia do Curso de Especialização em Estudos de Criminalidade e Segurança Pública, composta por: Profa. Dr^a Roseane de Aguiar Lisboa Narciso (orientadora), Profa. Dr^a Andréa Maria Silveira e Profa. Dr^a. Karol Oliveira de Amorim Silva, para examinar a monografia intitulada **“A RESOLUÇÃO nº 487/2023 DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA: uma análise da implementação do processo de desinstitucionalização no Estado de Minas Gerais”** – discente **JEANMICHEL SILVA SANTOS**. Procedeu-se a arguição, finda a qual os membros da banca examinadora reuniram-se para deliberar, decidindo por unanimidade pela aprovação da monografia, com nota 95,0. Para constar, foi lavrada a presente ata que vai datada e assinada.

Belo Horizonte, 13 de dezembro de 2024

Profa Dra. Andréa Maria Silveira

Profa. Dra. Karol Oliveira Amorim Silva

Profa. Dra. Roseane de Aguiar Lisboa Narciso (Orientadora)



Documento assinado eletronicamente por **Karol Oliveira de Amorim Silva, Usuária Externa**, em 27/01/2025, às 14:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Roseane de Aguiar Lisboa Narciso, Usuária Externa**, em 06/02/2025, às 17:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Andrea Maria Silveira, Professor(a)**, em 18/02/2025, às 09:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3914755** e o código CRC **D3CF804E**.

RESUMO

A presente monografia realizou uma análise do processo de implementação, no estado de Minas Gerais, das diretrizes contidas na Resolução 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça – CNJ, que prevê a desinstitucionalização das pessoas que possuem transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial e que estejam, de alguma forma, sob custódia penal do Estado ou em conflito com a lei. Tratou-se de estudo bibliográfico que criou uma linha evolutiva em torno das políticas antimanicomiais; demonstrou, de modo geral, através da análise fragmentada da Resolução, como suas diretrizes foram dispostas pelo CNJ para a efetiva execução nos estados; e evidenciou, pela observação-participante das reuniões e transcrição das atas, as discussões e desafios enfrentados pelo Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial – CEIMPA de Minas Gerais, durante a implementação das normas previstas e construção do processo de desinstitucionalização no estado. A participação nos encontros do CEIMPA e a análise dos documentos por ele produzidos compreendeu o período de junho de 2023 a outubro de 2024. Observou-se, ao final, os conflitos de adequação das premissas da Resolução à realidade estatal; a relação direta entre a extensão territorial do estado de Minas Gerais e sua quantidade elevada de municípios com a dificuldade de implementação das diretrizes da desinstitucionalização; o número insuficiente de profissionais para efetivar esse processo; a necessidade de alinhamento ideológico e procedimental entre órgãos do Judiciário e do Executivo envolvidos na demanda, principalmente em torno do prazo estabelecido inicialmente e a desinstitucionalização bem sucedida; o limite de tempo estipulado insuficiente para efetivação completa das disposições da Resolução. Assim, devido à necessidade de melhor estruturação e execução dos serviços, dos agentes envolvidos para cumprimento efetivo do processo de desinstitucionalização em Minas Gerais, haja vista a pauta não ter se esgotado, as reuniões do Comitê continuaram com o intuito de alcançar os objetivos propostos.

Palavras-chave: desinstitucionalização; políticas antimanicomiais; Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial.

ABSTRACT

The present monograph carried out an analysis of the process of implementation, in the state of Minas Gerais, of the guidelines contained in Resolution 487/2023 of the National Council of Justice – NCJ, that provides for the deinstitutionalization of people who have mental disorder or any form of psychosocial disability and are, in any way, under criminal custody of the state or in conflict with the law. It was a bibliographic study that created an evolutionary line around the anti-asylum policies; demonstrated, in general, through the fragmented analysis of the Resolution, how its guidelines were laid down by the NCJ for effective implementation in the states; and evidenced, by the participant-observation of meetings and transcript of minutes, the discussions and challenges faced by the State Inter-institutional Committee for Monitoring the Anti-Asylum Policy – SICMAP of Minas Gerais, aiming to point how the implementation and construction of the deinstitutionalization process in that State. Participation in SICMAP meetings and analysis of the documents produced by it covered the period from June 2023 to October 2024. It was observed, at the end, the conflicts of adequacy of the premises of the Resolution to the state reality; the direct relationship between the territorial extension of the state of Minas Gerais and its high number of municipalities with the difficulty of implementation of deinstitutionalization directives; the insufficient number of professionals to carry out this process; the need for ideological and procedural alignment between organs of the Judiciary and the Executive involved, mainly around the initially established deadline and successful deinstitutionalization; the insufficient stipulated time limit for full implementation of the provisions of the Resolution. Thus, due to the need for better structuring and execution of services, of the agents involved in effective fulfillment of the deinstitutionalization process in Minas Gerais, given that the agenda had not been exhausted, the meetings of the Committee continued in order to achieve the proposed objectives.

Keys words: deinstitutionalization; anti-asylum policies; Committee for Monitoring the Anti-Asylum Policy.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL	8
3	DO PACIENTE JUDICIÁRIO	13
3.1	Definição e diretrizes frente à Reforma Psiquiátrica	13
3.2	Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ.....	16
4	REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) E SUA COMPOSIÇÃO	20
4.1	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	23
4.2	Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)	26
4.3	Centros de Convivência e Cultura (CECOs) e as Unidades de Acolhimento (UAs).....	28
4.4	Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Atenção Hospitalar	31
5	DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ).....	35
5.1	Da Resolução CNJ nº 487/2023.....	35
5.1.1	<i>Das audiências de custódia</i>	<i>35</i>
5.1.2	<i>Da necessidade de tratamento em saúde mental no curso de prisão preventiva ou outra medida cautelar.....</i>	<i>37</i>
5.1.3	<i>Da medida de segurança e do tratamento ambulatorial</i>	<i>38</i>
5.1.4	<i>Da necessidade de tratamento em saúde mental no curso da execução da pena</i>	<i>41</i>
5.1.5	<i>Da desinstitucionalização.....</i>	<i>41</i>
6	DO COMITÊ ESTADUAL INTERINSTITUCIONAL DE MONITORAMENTO DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL – CEIMPA.....	43
6.1	Primeira reunião	46
6.2	Segunda reunião.....	48
6.3	Terceira reunião.....	50
6.4	Quarta reunião.....	53
6.5	Quinta reunião	56
6.6	Sexta reunião	58
6.7	Sétima reunião	59
6.8	Oitava reunião.....	62
6.9	Nona reunião	65
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
	REFERÊNCIAS	72

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo analisar o processo de desinstitucionalização que está sendo implantado no estado de Minas Gerais, seguindo as diretrizes da Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, do Conselho Nacional de Justiça – CNJ.

Para tanto, seguindo a ordem expositiva, no primeiro capítulo fez-se um estudo sobre o surgimento da política antimanicomial, a mudança de visão dos profissionais que atuam nesta área e sobre as medidas de inclusão ao longo tempo. Também foi abordado o início dessa política no Brasil, seu incremento no ordenamento jurídico interno e o fomento de suas transformações até a publicação da Resolução 487/2023 do CNJ. Evidenciou-se que os instrumentos e mecanismos de suporte a essa implementação resolutiva já existiam nas redes de saúde e assistencial.

As tratativas sobre o paciente judiciário, sua definição legal e exposição do avanço evolutivo acerca das suas diretrizes de tratamento são trazidas no segundo capítulo. A composição deste também é feita pelo traçado cronológica do surgimento do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ, precursor nacional mineiro no atendimento desse público, a sua consolidação.

Já a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS e seus instrumentos de suporte são elencados e definidos no terceiro capítulo, visando demonstrar o que se tem desenvolvido e implantado no país, de forma geral, para auxílio no tratamento daquelas pessoas que possuem transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial, estando ou não, de alguma forma, sob custódia penal do Estado.

A Resolução 487/2023, escopo deste estudo, foi tratada analítica e pormenorizadamente no quarto capítulo, demonstrando e elucidando como todo o processo e ciclo judicial por ela previstos devem ser executados pelos estados da federação, assegurando e garantindo os direitos de seu público-alvo.

No quinto capítulo, expõe-se como as discussões ocorridas dentro do Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário no estado de Minas Gerais – CEIMPA/MG, órgão instituído para esse fim, vêm moldando gradativamente a implementação das regras, o desenho de políticas públicas e o gerenciamento de recursos e de pessoal, buscando efetivar as diretrizes da Resolução 487/2023 do CNJ, em Minas Gerais. Para aprofundar nesse processo de implementação das diretrizes da Resolução no estado de Minas Gerais, foi feita a análise das atas das reuniões do CEIMPA, ocorridas no

período de junho de 2023 a setembro de 2024, e a extração de dados da participação em algumas reuniões até o mês de outubro de 2024.

Todo esse arcabouço pontuado permitiu que fossem traçadas conclusões, mesmo que limitadas pelo curso de alguns processos e procedimentos ainda em execução, a respeito das produções e implementações de fluxos de entrada e saída dos pacientes judiciários no Sistema Prisional e Judiciário mineiros; levantamento de entraves encontrados no curso do processo de desinstitucionalização; e mapeamento de dados do público-alvo e instituição de diretrizes para efetivação do processo. Ainda, foi possível observar também como os esforços coletivos, a disposição de fluxos e conflitos internos permeiam e são importantes para a construção de políticas públicas.

2 DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL

A luta antimanicomial há tempos é pauta importante discutida na sociedade e cada vez seus contornos tomam forma e aplicabilidade. Apesar de ter atingido um patamar de respeito e relevância, principalmente em solo brasileiro, ela passou por um árduo processo construtivo até que fosse efetivada.

O modelo de tratamento psiquiátrico teve uma mudança drástica quando o mundo pós 2ª Guerra Mundial, liderados pela Europa e Estados Unidos, começou a questionar os tradicionais métodos de tratamento dos chamados loucos (De Rolemborg Figueirêdo, Delevati e Tavares, 2014. p. 127). Sobre o início dessa mudança, complementa Maria Stella Brandão Goulart:

As instituições psiquiátricas e sistema normativo e assistencial da área de saúde mental sofreram reformas, que podem ser chamadas de humanizadoras, desde o fim da II Guerra Mundial, em diversos países, especialmente na Europa e América do Norte. A profundidade e amplitude destas reformas variaram, dando forma a paradigmas diferenciados como: a Antipsiquiatria e as Comunidades Terapêuticas (Reino Unido), a psiquiatria comunitária (EEUU), a de setor (França) e a Psiquiatria Democrática (Itália) (Goulart, 2006. p. 3).

Um dos nomes mais importantes e influentes, senão o mais, acerca desse movimento em prol da luta antimanicomial é o do psiquiatra veneziano Franco Basaglia. Este psiquiatra italiano foi diretor do hospital psiquiátrico de Gorizia, cidade italiana fronteira à Eslovênia, e durante seus anos de trabalho naquela instituição, presenciou diversas mazelas, negligências, abusos, entre outras contrariedades no tratamento dos pacientes ou, como disse Amarante (1994, p. 65) a respeito dessa vivência de Basaglia, “É em Gorizia que conhece a realidade dos hospitais psiquiátricos e da psiquiatria italiana, realidade que não contaminava os assépticos gabinetes universitários”. Essas identificações fizeram-no reforçar seu entendimento de que os métodos ainda adotados em instituições psiquiátricas não eram eficazes, assim como as internações em manicômios poderiam agravar as condições dos enfermos.

Diante disso, concluiu que os tratamentos psiquiátricos em uso necessitavam de uma reavaliação pautada na substituição do modelo de tratamento manicomial por atendimentos terapêuticos em centros comunitários e de convivência e tratamento ambulatorial, afastando, assim, desse universo médico, a prática de que pacientes deveriam ser tratados como objetos de observação, destituídos de direitos (Tozze, 2021).

Pormenorizadamente, Paulo Amarante (1994) assim relata como Basaglia desenvolveu seu trabalho de ruptura com os métodos psiquiátricos tradicionais adotados até então:

Influenciado pela repercussão das experiências de Maxwell Jones com a Comunidade Terapêutica (CT), assim como pela experiência dos franceses com a psicoterapia institucional, Basaglia passa a desenvolver trabalhos semelhantes, com a abertura das portas, a supressão das grades, das camisas-de-força, enfim, de todas as formas violentas e desumanas, inspirado em três grandes linhas de intervenção para, por intermédio delas, problematizar o contexto institucional a partir da origem e do pertencimento de classe dos internos do hospital; da pretensão da neutralidade e de produção da verdade das ciências, no que está incluída a discussão sobre a função social de tutela e controle social da psiquiatria e seu manicômio; e do papel e da função do técnico na constituição da hegemonia. Para Franca, a origem da natureza desta terceira fase só é explicável a partir de “uma prática de desmantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença; foi necessário tentar colocar entre parênteses a doença como definição e codificação dos comportamentos incompreensíveis, para poder assim individualizar quais partes eram de responsabilidade da doença e quais da instituição, no processo de destruição do doente a doença” (Amarante, 1994. p. 65).

As mudanças práticas trazidas por Basaglia vieram agregadas, concomitantemente, com mudanças ideológicas acerca das tratativas com o paciente institucionalizado. Essa utilização, ao longo dos tempos, permitiu diversas reflexões e moldagens não só nessas instituições totais, mas na psiquiatria como um todo, como bem interpretou Amarante (1994, p. 65) ao dizer que colocar a doença em parênteses não é negá-la, tampouco negar as inquietações que dela são produzidas, mas sim recusar a aceitação da completa capacidade do saber psiquiátrico em entender, explicar e compreender a loucura e o sofrimento psíquico, reduzindo-os ao conceito de doença, quando algumas manifestações dessa doença não é condição própria de estar doente, mas de estar institucionalizado.

Sobre a interferência institucional e as modificações positivas adotadas ao longo dos anos:

Em sua generalidade, a reforma institucional à qual nos referimos, se expressa igualmente em mudanças discursivas. A opção por referir-se aos doentes mentais como pessoas com problemas mentais ou como portadores de transtornos mentais expressa já uma atitude crítica diante da terminologia médico-psiquiátrica. (...) Sabemos que, com o nascimento das instituições psiquiátricas, onde, antes, havia loucos e alienados, surgem, numa tipologia complexa: psicopatas, psicóticos, esquizofrênicos, paranóicos, neuróticos, histéricos e outros. São figuras de linguagem que brotam do discurso psiquiátrico, do empenho científico de classificação e compreensão e que se convertem não apenas em instrumentos técnicos e metodológicos, mas produzem efeitos culturais e políticos, de alocação de identidade, preconceito e desvalia (Goulart, 2006. p. 3-4).

Mesmo essas mudanças sendo discutidas há certo tempo, suas narrativas e movimentações chegaram ao Brasil na década de 1970. No início da mencionada década, houve a eclosão do “movimento sanitário”, que lutava a favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e

protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005. p. 6).

Diante da grande dimensão tomada pelo referido movimento, grupos integrados a ele passaram a reivindicar melhorias e denunciar irregularidades em geral. Nesse contexto, em 1978, surge aquele que simboliza o marco inicial efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (BRASIL, 2005. p. 7).

Com as ideias de Franco Basaglia ecoando e se disseminando por todo o mundo, não somente através de suas obras, mas também por suas visitas a outros países para participar de debates e conferências, movimentos internos começam a tomar corpo e notoriedade em seus territórios. Fato evidenciado, por exemplo, com a sua vinda ao Brasil, no ano de 1979, que proporcionou ao MTSM, logo na década seguinte, mais robustez e sonoridade em sua batalha contra a institucionalização dos pacientes e cisão com o modelo de tratamento psiquiátrico ainda vigente no país.

Assim enriquecem Camila Furlanetti Borges e Tatiana Wargas de Faria Baptista (2008) ao falarem sobre o modelo assistencial em saúde mental e sua trajetória histórica:

No final da década de 1980, ocorre uma inflexão em sua trajetória com a incorporação da noção de desinstitucionalização na tradição Basagliana, ou seja, uma ruptura com o paradigma psiquiátrico, denunciando seu fracasso em agir na cura, sua aparente neutralidade científica, sua função normalizadora e excludente, e a irrecuperabilidade do hospital como dispositivo assistencial. O MTSM passa a apostar na desconstrução da instituição manicômio, entendida como todo aparato disciplinar, institucional, ideológico, técnico, jurídico etc., que lhe confere sustentação, e em 1987, adota o lema “por uma sociedade sem manicômios”, que alimenta novas propostas de cuidado na I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM). Das importantes experiências desenvolvidas nesse processo, uma delas ganha destaque pela aproximação com a experiência Basagliana: em 1989 o Município de Santos, São Paulo, implanta uma rede essencialmente pública de atenção territorial, de caráter substitutivo ao hospital e composto de uma estrutura complexa, capaz de responder a qualquer tipo de demanda psiquiátrico-psicológica e de caráter social (Borges; Baptista, 2008. p. 456-457).

Ainda caminhando na busca por condições melhores àqueles portadores de sofrimento psíquico e dentro dos manicômios e hospícios, a promulgação da Constituição Federal de 1988, ao instituir o Sistema Único de Saúde – SUS e, conseqüentemente, integrar esforços nos âmbitos federal, estadual e municipal, para exercício do poder de controle social, foi uma mola propulsora para tal. A instituição do SUS não se limita somente a essa junção de esforços, uma

vez que com seus princípios de universalização, integralidade, descentralização e participação popular não só desenvolveram, rediscutiram e redemocratizaram os ideais da reforma sanitária, mas também criou condições de possibilidade para a instituição no Ministério da Saúde, em 1991, da Coordenação Nacional de Saúde Mental, instância inédita no Brasil, responsável pela formulação e implementação política na área (Borges; Baptista, 2008. p. 457).

Importante salientar que, na esfera legislativa, houve também o marco significativo da propositura no Congresso Nacional do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propôs a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, validando, assim o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos (BRASIL, 2005. p. 8).

Mesmo com esses contornos cada vez mais robustos como, por exemplo, a adesão do Brasil à Declaração de Caracas na década de 1990, implementação de normas federais que regulamentavam a implantação de serviços de atenção diária e normas de fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos, somente em 2001, 12 anos após sua proposição, que a Lei Paulo Delgado foi sancionada. Assim, as tratativas sobre saúde mental que antes, em termos gerais, eram regulamentadas pelo decreto 24.559, de 3 de julho de 1934, que dispunha sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dava outras providências, passam a ser ordenadas, de uma forma mais humanizada, principalmente no uso dos termos específicos direcionados a esse público, pela Lei Federal 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.

Entretanto, mesmo não trazendo diretrizes acerca de fechamento parcial ou extinção dos hospitais psiquiátricos, o Ministério da Saúde, ao discutir na Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental esse tema, considera a promulgação da Lei 10.216/2001 um marco significativo nessa batalha:

(...)a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa

a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade. Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”. Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. Realiza-se, em 2004, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS (BRASIL, 2005. p. 8-9).

Em termos gerais, todas essas melhorias integraram-se e possibilitaram cada vez mais que o tratamento destinado àqueles que sofrem de transtornos mentais, institucionalizados ou não, fosse cada vez mais humanizado. Nas palavras de Ludmila Cerqueira Correia:

(...)o Movimento Antimanicomial rompe com as instituições que sustentam a reprodução do capitalismo e de sua sociabilidade, como os hospitais psiquiátricos, e luta pelo direito à singularidade das pessoas com deficiência psicossocial com sua inclusão no âmbito da cidadania através da mobilização conjunta dessas pessoas, seus familiares e trabalhadores na área (Correia, 2021. p. 370).

As discussões trazidas por esses instrumentos, empíricas e normativas, possibilitaram a crítica e o afastamento do modelo hospitalocêntrico de tratamento, permitindo a adoção de um modelo de atenção comunitário, cujo reflexo legal é visto na Resolução 487/2023, do Conselho Nacional de Justiça – CNJ, aparato legal mais recente até então que sintetiza e engloba todas as diretrizes discutidas nesses longos anos de batalha por uma reforma psiquiátrica.

3 DO PACIENTE JUDICIÁRIO

3.1 Definição e diretrizes frente à Reforma Psiquiátrica

Alcançar o *status* que possui hoje e ser amparado com o mínimo de proteção e assistência não foi um caminho fácil para os portadores de doenças mentais. Se para esse público em geral não foi, especificamente aos pacientes judiciários, escopo deste trabalho, antigamente chamados de “loucos infratores”, que consistem naqueles indivíduos que também possuem transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial e que estejam de qualquer maneira sob custódia penal do Estado, pode ter sido pior.

A Reforma Psiquiátrica quebrou paradigmas associados a esse público ao longo dos anos, mas, infelizmente, não de uma maneira concomitante acompanhando as teorias e constatações da época, seja por ceticismo e resistência da sociedade (médica e civil), seja pela sociedade líquido-moderna. “Líquido-moderna”, como conceitua Bauman (2007. p. 4), “é a sociedade em que as condições sob as quais agem seus membros mudam num tempo mais curto do que o necessário para consolidação, em hábitos e rotinas, das formas de agir”.

Esses conceitos impeditivos de uma evolução mais célere nas tratativas das pessoas que sofrem com transtornos mentais, como os constatados por Basaglia, foram muito bem evidenciados nas palavras de Andrea Tourinho P. de Miranda e Vitória Beltrão Bandeira:

O conceito de doença mental, que outrora era comparado ao de feitiçaria ou possessão, vem mudando para adaptar-se às novas formas de tratamento e funcionalidade. Entretanto, a loucura ainda é tratada a partir de interpretações diversas, persistindo dúvidas a respeito da sua origem: se essa patologia é, de fato, determinada pela ordem orgânica, cultural, constituição psíquica, religiosa, ambiental ou da inter-relação dessas condições (De Miranda; Bandeira, 2011. p. 2-3).

Salienta-se que mesmo com diversos estados da federação¹ executando leis promulgadas que versavam sobre a substituição gradativa do modelo hospitalocêntrico por uma rede de atenção à pessoa com transtorno mental, entre outras tratativas, e a lei da reforma psiquiátrica consagrando mudanças importantes no campo da saúde mental, essas

¹ Lei nº 12.151, de 29 de julho de 1993, do Estado do Ceará; Lei nº 975, de 02 de dezembro de 1995, do Distrito Federal; Lei nº 5.267, de 07 de agosto de 1992, do Estado do Espírito Santo; Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, do Estado de Minas Gerais; Lei nº 11.189, de 09 de novembro 1995, do Estado do Paraná; Lei nº 11.064, de 16 de maio de 1994, do Estado de Pernambuco; Lei nº 9.716, de 07 de agosto de 1992, do Estado do Rio Grande do Sul (Britto, p. 91-92. 2004).

transformações e dispositivos não abarcaram toda a população em sofrimento psíquico grave, como, por exemplo, os “loucos infratores” (Costa, 2020. p. 30/38).

O principal embate nesse sentido foi e é quanto ao sistema penal de responsabilização das pessoas que sofrem com transtornos mentais e cometeram ilícitos, os pacientes judiciários. Para esses casos, há a previsão da aplicação de Medida de Segurança ao infrator quando comprovada sua inimputabilidade, que, segundo o Código Penal, em seu artigo 26, é descrita como a característica daquele agente que “por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (BRASIL, 1940). Frisa-se que a execução dessa medida possui tanto respaldo médico quanto judicial, pois mesmo com a determinação do juiz para cumprimento dela, é o laudo médico que atesta a necessidade de tratamento e adequa a pessoa ao encaminhamento de tratamento que melhor lhe couber.

Por sua vez, a Lei de Execuções Penais – LEP dispõe, em seu artigo 99, que o estabelecimento adequado para o cumprimento dessas medidas de segurança são os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP, instituições destinadas ao tratamento dos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no artigo 26 e seu parágrafo único do Código Penal. Contudo, a LEP, ao estabelecer no parágrafo único do mesmo artigo o modelo estrutural a ser seguido nos HCTPs, evidencia um caráter jurídico de execução muito mais voltado à realidade carcerária do que à médico-assistencial (Costa, 2020. p. 39). Comprova-se isso ao comparar o artigo 88 da LEP com a previsão trazida pela Lei 10.216/01 que instituiu a Reforma Psiquiátrica, em seu artigo 4º:

Art. 88. O condenado será alojado em cela individual que conterà dormitório, aparelho sanitário e lavatório.

Parágrafo único. São requisitos básicos da unidade celular:

- a) salubridade do ambiente pela concorrência dos fatores de aeração, insolação e condicionamento térmico adequado à existência humana;
- b) área mínima de 6,00m² (seis metros quadrados) (BRASIL, 1984).

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visarà, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º (BRASIL, 2001).

Diante disso, constata-se que a medida de segurança quando imposta nesses termos, ao eximir a responsabilização do indivíduo autor do fato, fere também sua autonomia enquanto sujeito de direitos e deveres. Além do mais, fator que corrobora com a comparação acima feita é aquele que versa sobre o vínculo das instituições como os HCTPs, uma vez que, por não integrarem o SUS, não preenchem os requisitos necessários de unidade hospitalar e, conseqüentemente, não têm acesso aos recursos e programas da rede de atenção à saúde mental, itens necessários para o tratamento aos pacientes judiciários (De Miranda; Bandeira. 2011. p. 06).

Assim completa Lannuzya Veríssimo Oliveira ao citar Lhacer, Soares Filho e Bueno:

Todavia, a aplicação da medida de segurança reflete, de um lado, o paradoxo no sistema penal que absolve a pessoa com transtorno ou deficiência mental pelo delito cometido, mas aplica a medida de segurança com pena privativa de liberdade prevista para o crime; e de outro, denota o descumprimento aos princípios da desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais, considerando a RPB (Lhacer, 2019; Soares Filho; Bueno, 2016 *apud* Oliveira, 2023. p. 2).

Os questionamentos acerca das aplicações das medidas de segurança previstas e seu descompasso com o instituto da Reforma Psiquiátrica se chocam pelo motivo de as características daquelas ainda se manterem inertes frente aos avanços, benefícios e direitos que este galgou ao longo dos anos. Como assevera Zaffaroni, citado por De Miranda e Bandeira (2011. p. 7), a Lei 10.216/01, art. 6º, III e art. 9º, converte a institucionalização dos imputáveis ou semi-imputáveis em uma modalidade de “internação compulsória”, enquanto as inovações e, principalmente, as garantias elencadas no parágrafo único do seu art. 2º não foram incorporadas à rotina do sistema penal.

Conclui, ainda, numa demonstração razoável de prevalência da importância das conquistas obtidas através da Reforma Psiquiátrica:

Havendo, como há hoje em dia, disposições legais do direito psiquiátrico, não é racional sustentar que uma pessoa, devido ao acaso de ter posto em funcionamento as agências do sistema penal, seja submetida a essa potestade com a possibilidade de sofrer uma pena indeterminada que, inclusive, pode ser perpétua. A agressividade de um paciente mental não depende do acaso da intervenção punitiva, mas sim de características da doença que o juiz civil deve valorar em cada caso (Zaffaroni, 2006. p. 139 *apud* De Miranda; Bandeira, 2011. p. 8).

3.2 Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ

O Conselho Nacional de Justiça – CNJ, em julho do ano de 2011, publicou uma Recomendação, a de nº 35, estipulando diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança. Este documento recomenda aos Tribunais que adotem a política antimanicomial na execução das medidas de segurança e, sempre que possível, em meio aberto, além de estipular que a política antimanicomial possua diretrizes de acordo com as seguintes orientações:

- a) mobilização dos diversos segmentos sociais, compartilhamentos de responsabilidades, estabelecimento de estratégias humanizadoras que possibilitem a efetividade do tratamento da saúde mental e infundam o respeito aos direitos fundamentais e sociais das pessoas sujeitas às medidas de segurança;
 - b) diálogo e parcerias com a sociedade civil e as políticas públicas já existentes, a fim de buscar a intersetorialidade necessária;
 - c) criação de um núcleo interdisciplinar, para auxiliar o juiz nos casos que envolvam sofrimento mental;
 - d) acompanhamento psicossocial, por meio de equipe interdisciplinar, durante o tempo necessário ao tratamento, de modo contínuo;
 - e) permissão, sempre que possível, para que o tratamento ocorra sem que o paciente se afaste do meio social em que vive, visando sempre à manutenção dos laços familiares;
 - f) adoção de medida adequada às circunstâncias do fato praticado, de modo a respeitar as singularidades sociais e biológicas do paciente judiciário;
 - g) promoção da reinserção social das pessoas que estiverem sob tratamento em hospital de custódia, de modo a fortalecer suas habilidades e possibilitar novas respostas na sua relação com o outro, para buscar a efetivação das políticas públicas pertinentes à espécie, principalmente quando estiver caracterizada situação de grave dependência institucional, consoante o art. 5º da Lei nº 10.216/2001;
 - h) manutenção permanente de contato com a rede pública de saúde, com vistas a motivar a elaboração de um projeto de integral atenção aos submetidos às medidas de segurança;
 - i) realização de perícias por equipe interdisciplinar.
- III - em caso de internação, ela deve ocorrer na rede de saúde pública ou conveniada, com acompanhamento do programa especializado de atenção ao paciente judiciário, com observância das orientações previstas nesta recomendação (CNJ, 2011).

Esse documento não é o criador do PAI-PJ, mas o referencia, dando-o local de destaque em suas considerações ao trazer “Considerando a experiência exitosa de programas pioneiros no Brasil de atenção a pacientes judiciários adotando a política antimanicomial(...)” (CNJ, 2011).

A origem do Programa remonta aos idos do final da década de 1990 quando, em diversos pontos do país, iniciou-se uma mobilização integrada, intersetorial, política e social para expor as mazelas e violações de direitos, principalmente direitos humanos, aplicadas institucionalmente aos loucos infratores. Buscando não somente evidenciar esses desrespeitos, mas também pensar em alternativas para resolução dessa demanda, a Campanha do Conselho

Federal de Psicologia (CFP) levantou a bandeira: “Manicômio Judiciário... o pior do pior...” na abertura do IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em Maceió. Dentre os trabalhos apresentados, a psicanalista e psicóloga judicial Fernanda Otoni de Barros, expôs os resultados de sua pesquisa que consistia no levantamento das situações jurídica, clínica e social de 15 processos que envolviam loucos infratores na cidade de Belo Horizonte (De Barros-Brisset, 2010. p. 117) .

Assim foi exposta a sugestão daquilo que atendia aos anseios discutidos naquela ocasião e pelo país afora e se tornaria o piloto do PAI-PJ:

A pesquisadora propôs que esses casos fossem acompanhados, em caráter experimental, por uma equipe multidisciplinar, que ficaria responsável pelo acompanhamento de um projeto individualizado, construído em parceria com diversas instituições envolvidas, como instituições de saúde mental da rede pública, Ministério Público e autoridade judicial. A novidade é que esse projeto era desenhado de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica e dos direitos humanos, orientados pela singularidade de cada caso, e a princípio nasceu apoiada pela lei estadual 11.802/1995, lei que inaugurou os pilares normativos para o redesenho da assistência em saúde mental em Minas Gerais (De Barros-Brisset, 2010. p. 117).

O caráter mediador e integrativo entre saúde e justiça que o PAI-PJ possui foi adquirido pouco antes dessa apresentação em Maceió, durante o levantamento de dados feito pela referida pesquisadora. O Manicômio Judiciário Jorge Vaz, em Barbacena, tinha fechado suas portas para receber novos pacientes judiciários, assim sendo, os juízes começaram a determinar que esses pacientes fossem internados em leitos da rede hospitalar pública, conforme previsão do artigo 96 do Código Penal, justamente quando o município de Belo Horizonte trabalhava sobre o processo de desospitalização dos portadores de sofrimento mental, de acordo com o projeto de saúde mental do município. Esse conflito de interesses e gestacional entre Judiciário e saúde evidenciou que havia a necessidade de se construir uma solução intermediária (De Barros-Brisset, 2010. p. 118).

O diagnóstico desse conflito entre saúde e justiça foi uma das constatações iniciais da primeira fase da pesquisa e apontou para a necessidade de se construir uma solução mediadora. Em julho de 1999, constituímos uma comissão no IRS. Essa comissão era composta por técnicos da saúde, da justiça e do Ministério Público, dentre outros interessados no tema. Seu objetivo era estudar os casos encaminhados por determinação judicial, para que eles recebessem um acompanhamento clínico e social que estivesse orientado pela singularidade de cada sujeito em particular, considerando os princípios da luta antimanicomial; por outro lado, esperava-se que essa alternativa também permitisse à autoridade judicial executar a sanção penal individualizada referente aos loucos infratores. A pesquisa identificava que era preciso inventar um dispositivo conector entre a justiça e a saúde, capaz de integrar, na condução de cada caso, as lógicas heterogêneas, discursivas e práticas, atuantes na interface do tratamento do louco infrator. Esse dispositivo conector teria por compromisso a mediação entre o tratamento em saúde mental e o processo jurídico, zelando para que

a solução interinstitucional estivesse de acordo com a singularidade clínica, jurídica e social de cada caso. A orientação dessa mediação seguia pistas que o paciente judiciário entregava nos espaços institucionais que passara a frequentar, na justiça ou na rede de saúde (De Barros-Brisset, 2010. p. 118).

Prezando pelos preceitos da Lei da Reforma Psiquiátrica, assim como pela singularidade dos casos e necessidade de particularização deles para o êxito tanto no tratamento de saúde, quanto na esfera judicial, estruturou-se em março de 2000, o “Projeto de Acompanhamento Interdisciplinar ao Paciente Judiciário” que, mais tarde, mais precisamente em dezembro de 2001, através da portaria conjunta nº 25/2001 do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, transformou-se no Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ (De Barros-Brisset, 2010. p. 121-122).

O Programa é regido pela Resolução nº 944/2020, de 13 de novembro de 2020, do Tribunal de Justiça de Minas Gerais – TJMG, e é vinculado ao Programa Novos Rumos na Execução Penal e, através das proposições, orientações, objetivos e diretrizes da Lei federal 10.216/01, acompanha os casos judiciais de 1ª e 2ª instâncias em que pacientes judiciários estejam presentes, assessorando na individualização da aplicação e execução da pena ou medida socioeducativa destes (TJMG, 2020). Dentre as atribuições do Programa, de acordo com o TJMG, estão:

- acompanhamento dos processos criminais e infracionais,
- acompanhamento jurídico e clinicossocial do paciente judiciário, para a garantir o exercício de direitos fundamentais,
- atuar como conector entre o sistema jurídico e as redes públicas assistenciais,
- realizar interlocução com a equipe pericial quando houver atuação desses profissionais,
- emitir relatórios e pareceres ao Juiz competente,
- sugerir à autoridade judicial medidas processuais pertinentes, baseadas no acompanhamento clinicossocial do paciente, realizado segundo modelo de saúde mental aberto e de base comunitária,
- promover, em caso de internação, as articulações junto à rede pública de saúde ou conveniada, para acolhimento do paciente judiciário em situação de grave sofrimento psíquico (TJMG, 2020).

O PAI-PJ é um programa modelo, já tendo sido referenciado em muitos lugares do Brasil e até do mundo, com apresentações ocorridas na França e na Grécia². Seu êxito é devido

² O PAI-PJ foi apresentado na França, em novembro de 2005, em um evento que reuniu diversas instituições, profissionais e pesquisadores para uma reflexão que levou o nome do evento: “Une reflexion internationale sur la question de la responsabilité.” Em fevereiro de 2006, o programa PAI-PJ foi tema de conferência apresentada na Ecole d’Hautes Etudes Sciences Sociales – Paris, e ainda em maio deste mesmo ano, o programa foi apresentado na Grécia - Atenas, no Fórum Social Europeu. O Programa retornou à discussão internacional, ao apresentar sua experiência juntamente com as experiências da Suíça, da Itália e da França, num colóquio, sobre o tema “Dangereusités a dechiffrer: pour quels traitements?”, realizado em Paris, em novembro de 2008. *Um dispositivo*

não só aos longos anos de execução, mas também ao respeito à singularidade dos casos, trabalho em conjunto e por mostrar novos referenciais e discussões acerca dos loucos infratores, sendo estas, principalmente, em espaços coletivos. Por esse motivo, o Programa figura, inclusive, como referência nas considerações da Recomendação CNJ nº 35/2011.

4 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) E SUA COMPOSIÇÃO

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, foi implantado o SUS, cuja regulamentação veio dois anos mais tarde através das leis nº 8.080 e 8.142/1990, sendo atualizadas pelo Decreto nº 7.508 de junho de 2011. Este, por sua vez, foi criado exclusivamente para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, além de dar outras providências (BRASIL, 2011).

Mesmo com a promulgação da Lei 10.216/2001, a instituição da Reforma Psiquiátrica no Estado brasileiro como política necessitou de 12 longos anos de debate e tramitação no Congresso Nacional. Esse lapso e essa janela aberta de discussões são justificados porque “a reforma psiquiátrica insere-se no contexto dos desafios da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, de forma mais ampla, participa das políticas públicas de promoção de direitos, de superação das desigualdades sociais e de desenvolvimento social” (De Assis *et al.*, 2014. p. 89).

A regulamentação inicial da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS através da organização do SUS trazida pelo Decreto nº 7.508/2011 se deu com a instituição das Regiões de Saúde e a Rede de Atenção à Saúde – RAS, previstas no Capítulo I do referido decreto, sendo a primeira referente ao espaço geográfico contínuo constituído por municípios limítrofes agrupados, cuja delimitação se dá através de suas identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transporte compartilhados, com o objetivo de integrar a organização, planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Enquanto a segunda se consubstancia no conjunto de ações e serviços de saúde articulados entre si em níveis de complexidade gradativos, objetivando a garantia da integralidade da assistência à saúde. Em seguida, o decreto destina dois capítulos (II e III) para organização do SUS e definição da Atenção Psicossocial, trazendo-a como componente mínimo obrigatório de serviços e ações que são necessários à institucionalização das Regiões de Saúde, sendo estes serviços e ações portas de entrada do usuário na RAS (Cardoso, 2018. p. 22-23).

De uma outra forma, assim traz Ethiara Vieira de Macedo acerca do processo legal de criação da RAPS:

A Rede de Atenção Psicossocial foi instituída pela Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (publicada novamente em 31/12/2011) e, atualmente, está contida na Portaria de Consolidação 3 e na Portaria de Consolidação 6, ambas de 2017. A criação da RAPS é um marco para a política de Saúde Mental, pois instituiu a rede e passou a incentivar os estados e municípios a avançarem nessa política. Foi instituída no âmbito

do SUS, segundo consta nesta legislação, com o intuito de criar, ampliar e buscar articular os diversos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades específicas decorrentes de uso de álcool e drogas (BRASIL, 2017).

(...)

O Decreto n. 7.508/2011, definiu a região de saúde e a RAS como novas referências no SUS para financiar, desenvolver e implantar os serviços de saúde (ASSIS *et al.*, 2014). Para os autores, este decreto se mostra fundamental para efetivação da implantação da RAPS, pois define que, para as regiões de saúde serem efetivadas, é preciso que tenham, pelo menos, a atenção primária, urgência e emergência, atenção ambulatorial tanto especializada como hospitalar, vigilância em saúde e a atenção psicossocial. Por meio deste decreto, a Saúde Mental passa a ser uma das exigências para que se defina a microrregião (De Macedo, 2020. p. 26-28).

Assim sendo, de forma objetiva e concisa, a RAPS é uma rede de serviços e equipamentos, ampla e multidisciplinar, em que as políticas de saúde mental passaram a ser pensadas após sua instituição em 2011. É um instrumento focado no cuidado integral à saúde mental, cujas ações se baseiam em preceitos dos direitos humanos, por evidências e orientações vindas de uma base de diretrizes que têm apoio na Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, responsável por organizar as ações de saúde mental para toda a população brasileira, que inclui ações de prevenção, promoção, assistência, cuidado, reabilitação e reinserção social (Tudo sobre os Serviços de Saúde Mental no Brasil, 2023).

A Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, dispõe, entre outras coisas, os objetivos gerais e específicos da RAPS em seus artigos 3º e 4º, respectivamente. O art. 3º enfoca a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral, promoção do acesso das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Já o art. 4º se atenta à promoção de cuidados em saúde, especialmente para grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas), prevenção e redução de danos provocados pelo consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas, promoção da reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso das substâncias supracitadas (BRASIL, 2017).

A via para o alcance desse preceitos seria por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária, promoção de mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde, desenvolvimento de ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil, produção e oferta de informações sobre

direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede, regulação e organização das demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial e monitoramento e avaliação a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (BRASIL, 2017).

Para que estes objetivos sejam alcançados, há a disposição no art. 5º desta mesma Portaria, incisos I a VI, dos meios necessários para isso, elencados e devidamente conceituados por Ethiara Vieira de Macedo:

- . **Atenção Básica em Saúde:** constituída por unidades básicas de saúde, consultório na rua, equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e pelo centro de convivência.
- . **Atenção Psicossocial Especializada:** formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas modalidades que, por serem o foco deste trabalho, são descritos detalhadamente na seção 2.3. Além dos CAPS, em 2017, foi acrescida à atenção especializada a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas, que constitui a estratégia para atenção integral à pessoa com transtornos mentais moderados.
- . **Atenção de Urgência e Emergência:** formada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), sala de estabilização, unidade de pronto atendimento (UPA 24 horas), portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, unidades básicas de saúde, entre outros. A Atenção Hospitalar é formada pela Unidade de Referência Especializada em hospital geral; hospital psiquiátrico especializado e hospital dia.
- . **Atenção Residencial de Caráter Transitório:** composta pela Unidade de Acolhimento (adulto e infantil) e Serviços de Atenção em Regime Residencial.
- . **Estratégia de Desinstitucionalização:** formada pelos Serviços Residenciais Terapêuticos.
- . **Estratégia de Reabilitação Psicossocial:** são iniciativas de trabalho e geração de renda (BRASIL, 2017). Importante destacar que, em 2005, o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e Emprego publicaram a Portaria Interministerial 356, que instituiu o grupo de trabalho de Saúde Mental e economia solidária, com o objetivo de promover a articulação entre a Saúde Mental e a economia solidária, propondo mecanismos de geração de renda e trabalho (BRASIL, 2005a) (De Macedo, 2020. p. 27).

Assim como em outros projetos semelhantes, esses preceitos dispostos em sua singularidade não são autoexecutáveis, necessitam de integração, principalmente no que diz respeito aos objetivos elencados pelo Ministério da Saúde. A existência dessa RAPS está intrinsecamente relacionada à coordenação e conexão dos seus envolvidos em prol de uma finalidade em comum, além da própria Rede ser capaz de atender a esses anseios com proposições, diante das demandas apresentadas e produzindo transformações nos territórios em que está situada (De Assis *et al.*, 2014. p. 91-92).

4.1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Dentre os aparatos legais para auxílio no tratamento das pessoas que sofrem com transtornos mentais ou qualquer forma de deficiência psicossocial, o CAPS mostra-se como um primordial aliado e “principal estratégia no processo de reforma psiquiátrica” (Costa, 2004. p. 9).

Basicamente, é um serviço extra-hospitalar e substitutivo da rede de atenção em saúde mental que tem demonstrado efetividade na substituição da internação por longos períodos, por um tratamento integrativo, pois não isola os pacientes de suas famílias nem da comunidade, pelo contrário, envolve-os com a devida atenção necessária, ajudando na recuperação e na reintegração desse indivíduo com sofrimento mental e psíquico (Schrank; Olschowsky, 2008. p. 128).

Historicamente, o surgimento do primeiro CAPS em nosso país remonta ao ano de 1986, na cidade de São Paulo. Sua criação está relacionada aos trabalhadores da área de saúde mental e seus movimentos sociais nos quais buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda figuravam dentre os recursos destinados aos usuários portadores de transtornos mentais. Este marco foi o início da criação e disseminação, nesse contexto, de mecanismos similares em outras cidades e estados que foram responsáveis pela diminuição das internações e mudança do modelo assistencial (BRASIL, 2004b. p. 12).

A oficialização do CAPS e Núcleo de Assistência Psicossocial (NAPS) e sua regulamentação inicial aconteceram através da publicação da Portaria GM 224/92 que os definiu como:

(...)unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (BRASIL, 1992).

Os serviços congêneres e substitutivos à internação como os CAPS, bem como os NAPS e CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) integram o SUS foram regulamentados por um tempo pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Contrariamente ao que dispunha o documento anterior que regulamentava esses serviços, esta Portaria não só reconheceu a complexidade dos CAPS e suas especificidades nas tratativas de seu público-alvo, como também ampliou o seu funcionamento, dando a possibilidade de atendimento diuturno às

peessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004b, p. 12).

Essa ampliação e abrangência de serviços trouxeram benefícios para a rede em si, mas também, como pontuou Jaqueline Tavares de Assis *et al.* (2014), representaram desafios quanto a sua efetividade:

Os CAPS têm o desafio de se constituir como serviços substitutivos, abertos e territoriais. A proposição de um serviço no/do território implica delimitação de área geográfica e de abrangência populacional que viabilize o agir territorial das equipes dos CAPS em diálogo com os recursos comunitários, em rede intra e intersetorial, promovendo uma efetiva permeabilidade entre o ‘espaço do serviço’ e o território, o que requer mudança de objetivos e da intencionalidade do trabalho terapêutico. Precisamos caminhar para além do controle de sintomas e seguir na busca de formas instrumentalização para atuar na produção da vida cotidiana e formas de efetivo exercício de poder de usuários e familiares no jogo das trocas sociais (De Assis *et al.*, 2014, p. 97-98).

Atualmente, a gestão das disposições dos CAPS é regida pela Portaria de Consolidação nº 3/2017, Anexo V, e elas variam de acordo com alguns fatores. Contudo, dentre as características convergentes, todos os CAPS devem executar e gerenciar os projetos terapêuticos dos usuários do serviço, de forma que ofereçam cuidados clínicos e individualizados, promovendo a reinserção social dos usuários com ações na área da saúde e, também, de forma intersetorial com as áreas de educação, esporte, trabalho e demais serviços do município e/ou região onde se localiza. Além disso, os CAPS devem realizar o matriciamento da atenção primária e, junto ao gestor local, supervisionar os serviços hospitalares psiquiátricos que ainda possam existir no território (BRASIL, 2017 *apud* De Macedo, 2020, p. 30-31).

Dentre suas especificidades, assim traz a supracitada Portaria em seu artigo 7º, §4º, acerca da instituição dos CAPS, suas diferentes modalidades e serviços prestados:

Art. 7º Os Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades, são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário que compõe a Rede de Atenção Psicossocial.

(...)

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º)

I - CAPS I: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.

Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, I)

II - CAPS II: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, II)

III - CAPS III: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, III)

IV - CAPS AD: atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, IV)

V - CAPS AD III: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, V)

VI - CAPS i: atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, VI) (BRASIL, 2017).

Segundo dados trazidos em 2022 pelo Dr. Helvécio Miranda Magalhães Júnior, Secretário da Secretaria de Atenção Especializada do Ministério da Saúde – SAES/MS à época, dispostos no artigo “Tudo sobre os Serviços de Saúde Mental no Brasil” (2023), o sistema de saúde brasileiro conta com 2.836 CAPS no total, sendo que metade deles é composta por CAPS I, e 35% deles estão localizados na Região Nordeste, destacando, também, que apenas 285 dos CAPS são voltados para a população infanto-juvenil, dos quais somente 7 estão localizados na Região Norte.

Toda essa estrutura demonstrada, juntamente com suas definições, características e objetivos, mostram a importância e funcionalidade necessárias desse tipo de serviço no fortalecimento e consolidação da RAPS. O tratamento das crises fora de instituições manicomiais e asilares, com possibilidade da participação familiar e da sociedade, reforçam as bases com as quais se iniciaram a luta antimanicomial.

Assim conclui sobre essa importância do CAPS nesse contexto:

No que se refere à atenção em crise em saúde mental, é importante enfatizar o CAPS como local estratégico para o atendimento a pessoas em crise, e não à crise em abstrato. Isto significa apontar para a desconstrução da perspectiva de crise como fenômeno autônomo ou pura expressão da doença, abstraída de contextos relacionais. É necessário favorecer o acolhimento dos sujeitos envolvidos para distensionar conflitos e contextualizar o sofrimento, considerando a história, o vínculo, etc. O pensamento manicomial, ao tentar lidar com ‘a crise’ abstrata, se limita a métodos de controle e anulação dos sujeitos. Os CAPS são dispositivos que buscam o fortalecimento dos sujeitos frente as suas adversidades, (re)construindo os diversos contextos (De Assis, 2014. p. 98).

4.2 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)

A redução progressiva dos leitos psiquiátricos e a ampliação e fortalecimento da rede extra-hospitalar são premissas da atual política nacional de saúde mental. Para tanto, sua efetivação se constitui principalmente pelo CAPS, conforme já demonstrado, mas também pelos Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs.

Com as ações de desinstitucionalização tomando força no país, começou-se a discutir nesses grupos qual seria o destino das pessoas que estavam saindo das instituições manicomiais, mas que não tinham uma rede de apoio familiar do lado de fora dos hospitais. Partindo desse pensamento, viu-se a necessidade de se implementar “lares abrigados” com o intuito de reestruturação da assistência em saúde mental no país, proposta discutida na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992. Paralelamente, nessa mesma época, experiências nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul foram bem-sucedidas na iniciativa de reinserção desses pacientes à sociedade (BRASIL, 2004. p. 6-7).

Esse histórico baseou a criação dos SRTs que legalmente foram criados a partir da publicação pelo Ministério da Saúde da Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, e, segundo sua definição, são moradias ou casas inseridas na comunidade e destinadas a cuidar dos pacientes egressos de internações psiquiátricas de longa permanência e que não possuem suporte social e laços familiares. Devem constituir características físico-funcionais e cada moradia abrigar, no máximo, oito usuários, acomodados na proporção de até três por dormitório e ser equipada com todos os móveis e eletrodomésticos básicos de uma moradia comum (Vidal; Bandeira; Gontijo, 2008. p. 75).

A implantação das Residências Terapêuticas – RTs seguem um modelo compensatório que reforça a luta da extinção das instituições manicomiais, diminuindo do SUS número igual àquele que ingressou numa RT. Assim traz a Portaria nº 106/2000 em seu artigo 2º:

Art. 2º - Definir que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica

prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual nº de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2000).

Os artigos 2º A e 2º B da portaria nº 106/GM/MS trazem demais diretrizes acerca dos SRTs de acordo com a especificidade de cada residente e em qual nível do processo de desinstitucionalização ele se encontra. O art. 2º A dispõe sobre o acolhimento em SRTs de pessoas com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. Já o artigo 2º B e seus parágrafos dividem por tipos e necessidades os usuários dos SRTs, sendo o Tipo I, previsto no §1º, destinado a pessoas com transtornos mentais em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores, no qual cada grupo de moradores deverá ter um suporte técnico de uma equipe de saúde mental, além de ter um cuidador de referência mediante a necessidade de cada moradia; e o Tipo II, disposto no §2º, destinado a pessoas que necessitam de cuidados intensivos específicos, de apoio técnico diário de forma permanente, sendo possível abrigar até dez moradores, tendo uma equipe de profissionais técnicos como acompanhamento integral (BRASIL, 2000).

Esse tipo de preparação se mostra essencial na eficácia do serviço, haja vista que, como exemplificado por Carlos Eduardo Leal Vidal, Marina Bandeira e Eliane Dias Gontijo (2008. p. 75) ao descrever como foi a primeira experiência de uma RT na cidade de Barbacena, conflitos podem aparecer entre os moradores caso essas particularidades não sejam observadas, pois são residentes que têm hábitos diferentes, podem não se conhecer e, principalmente, são originários de diferentes serviços hospitalares.

A Portaria nº 106/2000, apesar de conter apenas 15 artigos em seu bojo, é completa para a finalidade para a qual foi editada. Os objetivos, as previsões e o olhar humanizado com o qual foi feita representa uma mudança de hábitos institucionais. A sua publicação não traz apenas o passo a passo de como se construir e mobiliar uma casa e supervisionar seus moradores, mas de resgatar aquilo que, talvez, nunca lhes fora oferecido. A independência e a conquista diária quebram cada vez mais um elo com a instituição à qual pertenceu um dia. Ao, retoricamente, questionar se os SRTs valiam à pena, assim foi trazido pelo Ministério da Saúde:

Precisaríamos de muitas páginas para descrevermos várias minúcias e pequenas histórias que povoam o cotidiano dos usuários desse projeto: a alegria de, enfim, ter um quarto privativo, os pertences à mão, uma cozinha para o ansiado café preto, a possibilidade de escolher com quem dividir o espaço, escolher a hora do banho e de levantar da cama, entre outras coisas. Alguns ganhos são evidentes e imediatos, outros são peculiares a cada um e podem demorar anos para serem conquistados ou

percebidos. No entanto, não há comparação possível entre a vida coletivizada das instituições totais e o residir na comunidade, com toda a sua complexidade e infinitas possibilidades de troca. Como afirmou um morador de SRT: "Uma casa... é o habitar da cidade. É você poder habitar a cidade, tendo um lugar para voltar... para voltar no fim do dia. Eu habito esta cidade!" (BRASIL, 2004. p. 13).

4.3 Centros de Convivência e Cultura (CECOs)³ e as Unidades de Acolhimento (UAs)

Com a incidência e aplicabilidade gradativa das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, recursos federais foram deslocados para os municípios, através de portarias ministeriais, para que fossem criadas diversas estratégias e dispositivos na lida dos cuidados de saúde mental. Dentre esta diversidade de estratégias de desinstitucionalização, situam-se também os Centros de Convivência e Cultura (CECOs) (Breunig; Da Nóbrega; De Souza Mendes, 2023. p. 78).

Conceituados pela Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, em seu artigo 6º, inciso III e parágrafo 4º, os CECOs consistem em unidades públicas, articuladas às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade, com função estratégica para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade (BRASIL, 2011).

De acordo com o trazido por Elaine Aparecida Borges Santana Eugênio (2022. p. 13), esses Centros trabalham à luz do estímulo de encontros e convivência entre pessoas atendidas nos serviços de saúde mental e a comunidade em geral, visando à reabilitação psicossocial e as intervenções são mediadas pelas oficinas, atividades em grupo ou comunitárias associadas à arte, cultura, esporte, dança, educação, artesanato, geração de renda, cidadania, autocuidado e outras.

Diferentemente de outros dispositivos da RAPS em que o quadro de profissionais engloba vários profissionais da área da saúde, os CECOs preveem uma equipe mínima para funcionamento composta por 01 gerente (da área da saúde), e os outros são artistas plásticos,

³ A nomenclatura para designar o dispositivo sofre variações nacionalmente, de acordo com os princípios e práticas desenvolvidas. Na cidade de Belo Horizonte, são nomeados como Centro de Convivência da Saúde Mental e não usam siglas (Eugênio, 2022). Assim como para referenciar outros Centros no Estado de Minas Gerais, há a utilização de CCC's (Lima, 2023). No Rio Grande do Norte a terminologia utilizada é CECO (Breunig; Da Nóbrega; De Souza Mendes, 2023), assim como na capital São Paulo, cuja associação está vinculada à geração de renda, Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO) (Eugênio, 2022). Neste trabalho, para padronizar a escrita do texto, salvo as citações literais, utilizamos o termo Centro de Convivência e Cultura, com a sigla CECO.

músicos, profissionais do teatro, letras e artesanato, além do Educador Físico, podendo ter outros profissionais de nível superior (Lima, 2023).

A intersectorialidade de atividades e de convívios, com presença de pessoas que não sofrem de transtornos mentais e atuam como voluntários nesses Centros, gera um novo olhar sobre o cuidar, oportuniza diferenciadamente o acolhimento de demandas, não apenas gerenciando necessidades (Carvalho, 2018. p. 38), e dinamiza o processo de desinstitucionalização através de compartilhamento de saberes e aproximação social. Além do mais, o valor estratégico e a vocação destes Centros para efetivar a inclusão social residem no fato de serem equipamentos concebidos fundamentalmente no campo da cultura, e não exclusivamente no campo da saúde (Rosa *et al.*, 2022. p. 12).

Sobre essa dinâmica intersectorial e transdisciplinar, dispõe-se:

Geralmente, há uma equipe de profissionais da saúde lotada nestes serviços, mas há também o trabalho de profissionais de outros serviços da rede de saúde, ou mesmo da rede intersectorial, que destinam uma parte de sua carga horária para atuar nos CECCOS. Também é importante pontuar que nestes espaços é comum a atuação de voluntários da comunidade, que podem ministrar oficinas ou atividades, o que permite a circulação de saberes comunitários não necessariamente encarnados em disciplinas. Quanto ao espaço das intervenções, os CECCOS podem utilizar-se de suas próprias dependências, e também de diversos espaços comunitários e na cidade. Deste modo, os CECCOS podem ser definidos como “dispositivos híbridos ativadores de experiências que compõem a rede de saúde e que extrapolam as fronteiras sanitárias, promovendo ações intersectoriais e transdisciplinares” (Frigato, 2013: 159), tendo por missão promover encontros, produzir cuidado em rede e intervir na cidade por meio de políticas de convivência. A partir da promoção de convívio e de encontros no âmbito comunitário de pessoas com ou sem diagnósticos de transtornos psíquicos, por meio de atividades, oficinas e ações que transbordam as fronteiras tradicionais dos núcleos profissionais, do campo da saúde mental e do setor da saúde, os CECCOS promovem aquilo que há de mais interessante e potente em sua proposta: o encontro entre a sociedade e a loucura corporificada naqueles que são considerados doentes mentais (Frigato, 2013 *apud* Breunig; Da Nóbrega; De Souza Mendes, 2023. p. 78-79).

Ainda, no bojo das diretrizes trazidas pela Portaria 3.088/2011 com a instituição da RAPS, as Unidades de Acolhimento figuram como locais destinados às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, tendo o componente de atenção residencial de caráter transitório. De forma geral, assim traz o artigo 9º da aludida Portaria:

Art. 9º São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório os seguintes serviços:

I - Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 1º O acolhimento na Unidade de Acolhimento será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

§ 2º As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades:

I - Unidade de Acolhimento Adulto, destinados a pessoas que fazem uso do crack, álcool e outras drogas, maiores de dezoito anos; e

II - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil, destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos completos).

§ 3º Os serviços de que trata o inciso II deste artigo funcionam de forma articulada com:

I - a atenção básica, que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários; e

II - o Centro de Atenção Psicossocial, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como pela participação de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade (BRASIL, 2011).

Especificamente, as UAs tiveram sua estrutura e diretrizes reforçadas com a publicação da Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012, que instituiu a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2012).

As UAs têm por característica o funcionamento nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana e, por objetivo, o oferecimento de acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo. Ainda, comprometem-se com o cuidado da liberdade do indivíduo, oferecendo uma alternativa à institucionalização ainda em curso (Exner *et al.*, 2020. p. 64-65).

Elas devem garantir os direitos de moradia, educação e convivência familiar e social e os seus usuários estão vinculados ao CAPS de referência e este, inclusive, será o responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular de cada indivíduo. Possuem duas modalidades de Unidade, a destinada ao público adulto, de ambos os sexos, que terá a disponibilidade de 10(dez) a 15(quinze) vagas; e a de acolhimento ao público infanto-juvenil, destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos, cujas unidades terão a disponibilidade de 10(dez) vagas (BRASIL, 2012).

A previsão de fundos, estrutura física, referencial habitacional e composição do quadro de profissionais também estão previstos na Portaria 121/2012 para que os objetivos das Unidades sejam alcançados. Esses esforços com o serviço e sua estruturação, segundo dados

do Ministério da Saúde trazidos pelo Cenário das Políticas e Programas Nacionais de Saúde Mental (Rosa; Barrancos; Quartiero; Freitas, 2022, p. 22), no período de 2017 a 2021, refletem na evolução de quantidade de atendimentos feitos nessas Unidades, 9.006 registrados, mesmo 13 unidades da federação não dispondo de UAs.

4.4 Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Atenção Hospitalar

As especificidades no tratamento das pessoas que possuem transtornos mentais são inúmeras. Partindo da pontualidade de cada caso, o Projeto Terapêutico Singular – PTS coloca-se como instrumento viabilizador da execução efetiva do processo de aproximação social desse paciente e até mesmo minimizando impactos na sua desinstitucionalização.

O PTS é formulado no âmbito do CAPS ou outro estabelecimento e serviço em que o paciente esteja se tratando, consistindo em um conjunto de condutas terapêuticas e psicossociais que levam em conta todas as particularidades que cercam esse paciente na elaboração de um plano de tratamento. Esse projeto é feito da maneira mais democrática possível e de maneira horizontal, ou seja, além dos contextos familiar, social, econômico e cultural em que o indivíduo está inserido, a sua vontade e desejos são juntados a eles, bem como as interações à sua volta, atendendo e respeitando, assim, à particularidade de cada caso (BRASIL, 2022. p. 63).

A formulação do PTS ao paciente é iniciada pela definição de um profissional de referência que será o gestor desse PTS. Nele serão abordados os diversos contextos que circundam o indivíduo como, por exemplo, psicossocial e familiar, socioeducativo, profissional, de sistema de saúde, apoio comunitário, entre outros. O Projeto não é estático, é dinâmico, pois deve conter prazos estipulados e previsão de resultados esperados, além de ser rediscutido periodicamente de acordo com as necessidades. Em alguns casos, o próprio CAPS oferece várias ações para alcançar os resultados previstos, como atendimento médico especializado e individual, serviços diversos não só para o paciente, mas também de amparo para sua rede de apoio, fomentando a participação sócio-familiar nesse meio (BRASIL, 2022. p. 63-64).

Os atendimentos previstos no Projeto são estabelecidos de acordo com a demanda do usuário, podendo todos serem domiciliares, de acordo com a necessidade, e são estabelecidos numa escala de intensidade. O Intensivo é de cunho diário, oferecido a quem se encontre com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar e que precise de um acompanhamento mais próximo e contínuo; no Semi-intensivo há uma limitação de 12 dias ao mês para atendimento ao usuário, e é destinado àqueles pacientes

que, embora estejam bem, reestruturando-se psiquicamente e em seus relacionamentos, necessitam de uma atenção direta da equipe para essa reestruturação e recuperação de sua autonomia; e o Não-intensivo é para quando não há necessidade de suporte direto da equipe para que o indivíduo realize suas atividades no geral, podendo ser atendido até três dias ao mês (BRASIL, 2022. p. 64).

Para dar suporte às possíveis intercorrências que aconteçam durante o tratamento e acompanhamento do paciente, quando da necessidade de cuidados intensivos e intervenções, há a previsão de interferência médico-hospitalar através da Atenção Hospitalar. Esta, por sua vez, é constituída pelas Unidades de Referência Especializadas em Saúde Mental em Hospitais Gerais (HG), pelos Leitos em Hospital-Dia e os Leitos em Hospitais Psiquiátricos Especializados (HP).

No Hospital Geral, o atendimento ao público com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso abusivo de substâncias entorpecentes acontece quando eles são acometidos de casos graves, em especial vinculados a quadros de abstinências e intoxicações severas⁴, pontuando que o atendimento ofertado deve estar de acordo com as previsões do PTS desenvolvido anteriormente pelo serviço de referência que assiste ao paciente. Nesses casos, há a necessidade de vinculação e referência a um CAPS para assistir ao paciente, caso ele já não seja assistido por um, para que critérios clínicos e de gestão sejam discutidos em conjunto (Rosa *et al.*, 2022. p. 26).

A Portaria 3.588/2017, que altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências, dispõe em seu artigo 59 sobre a distribuição do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso abusivo de substâncias observará os seguintes parâmetros e critérios:

Art. 59. A distribuição do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospitais Gerais) observará os seguintes parâmetros e critérios:

I - o número de leitos de atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas não deverá exceder o percentual de 20% (vinte por cento) do número total de leitos do Hospital Geral;

⁴ O Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial – Raps – no Sistema Único de Saúde – SUS (2022. p. 20) exemplifica como casos graves, os quadros infecciosos, colagenoses e doenças autoimunes, quadros mentais orgânicos, *delirium*, diabetes grave, hipertensão grave, problemas cardiovasculares, problemas oncológicos, pacientes idosos etc. Já os casos de abstinência graves podem ser sintomas de interrupção do consumo da substância psicoativa, como *delirium tremens*, convulsões, ativação do sistema nervoso autônomo e alucinações. Não se excluem os demais casos de pessoas com transtornos mentais e/ou com problemas em decorrência do uso de drogas em extrema vulnerabilidade, que apresentem risco à sua integridade e à de terceiros.

II - cada unidade de enfermaria não poderá ultrapassar o máximo de 30 leitos; e
 III - os Planos de Ação Regionais da RAPS que ultrapassarem os parâmetros dos incisos I e II acima poderão ser aprovados, em caráter de excepcionalidade, após justificativa pelo gestor estadual ou municipal à Área Técnica de Saúde Mental do Departamento de Ações Programáticas da Secretaria de Atenção à Saúde (Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS), que levará em conta os Planos Regionais de Ação da RAPS e suas particularidades (BRASIL, 2017).

O Hospital-Dia, regulamentado pela Portaria nº 44, de 10 de janeiro de 2001, é destinado à assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas (BRASIL, 2001).

Por tratar de atendimentos que necessitem de acompanhamento extra-hospitalar semi-intensivo, visam a possibilidade desses pacientes permanecerem sob os cuidados da unidade durante o período do dia, retornando em seguida ao ambiente domiciliar. Levam em consideração também o projeto terapêutico individual, integrando a esses cuidados não somente a intervenção médica, mas de sua rede sócio-familiar na continuidade do tratamento necessário para que ele se dê com certa autonomia. Devem proporcionar tratamento multiprofissional intensivo para pacientes em crise, convalescentes e subagudos, visando à estabilização e à retomada da sua vida extra-hospitalar o mais rápido possível (BRASIL, 2022. p. 21).

O Ministério da Saúde, em seu Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial – Raps – no Sistema Único de Saúde – SUS, assim exemplificou para quais casos o Hospital-Dia seria indicado:

Destinam-se a atender: pacientes em crise – entende-se como crise o paciente que teve uma ruptura, agravamento de sintomas, desorganização, risco de suicídio, tendo uma demanda de intervenção intensiva imediata e pacientes dos diferentes serviços comunitários que já passaram pela internação integral, que mantêm necessidade de cuidados intensivos, mas já reúnem condições de alta e retorno ao lar. São pessoas que precisam de apoio diário ou alguns dias por semana no processo de recuperação e de reabilitação (BRASIL, 2022. p. 22).

Os Hospitais Psiquiátricos, assim como os leitos em Hospitais Gerais, servem para tratar casos agudos e de pacientes em crise, não excedendo a permanência nele a 90 dias. Contudo, como diferencial, os Hospitais Psiquiátricos são unidades especializadas na área de psiquiatria. Também prestam atendimentos emergenciais aos casos de abstinência ou consumo de álcool e outras drogas, assim como às pessoas com outros transtornos mentais agudos, com e sem comorbidades clínicas, advindos da RAPS e da Rede de Urgência e Emergência. O tratamento nesses estabelecimentos deve ser focado no manejo da crise aguda, pelo tempo mínimo necessário até a estabilização do paciente, sempre se atentando para oferta do melhor cuidado,

com segurança e proteção, não tendo as internações características asilares, de longa permanência, devendo o paciente retornar ao seu território o mais breve possível, tendo como critério as condições de estabilidade clínica (BRASIL, 2022. p. 21).

Para determinado público, os pacientes judiciários, que são aquelas pessoas que estão em conflito com a justiça, possuem algum tipo de transtorno mental e não podem receber pena por tempo determinado devido a sua inimputabilidade, há a previsão de envio para o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). O tempo que esse paciente levaria para ser desinternado está diretamente ligado à constatação da cessação de sua periculosidade, fato que implica na indeterminação do seu tempo de institucionalização (confinamento sob custódia do Estado).

Nesse contexto de indeterminação citado acima, em 2015, alguns Conselhos Federais e Associações de representatividade nacional inspecionaram instituições destinadas ao cumprimento de medidas de segurança. Constatou-se que, naquele ano, havia cerca de 2.864 pacientes/presos no país, sendo que 61% deles estavam em celas comuns, ou seja, em alocações em desacordo com a especificidade de seu caso e determinações legais. Verificou-se, ainda, dentre outros, os pontos mais graves desse desalinhamento legal consistiam em falta de advogados para acompanhamento processual, escassez de psicólogos, prontuários praticamente inexistentes e resistência à concessão de liberdade (Rosa *et al.*, 2023. p. 29).

A incongruência relatada é apenas um dos recortes que afeta os pacientes judiciários. Levando em consideração todo o caminhar da Política Antimanicomial e do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, entre avanços e retrocessos legais nessa seara, o Conselho Nacional de Justiça, em março de 2023, publicou a Resolução 487 que, dentre outras coisas, prevê o fechamento dos HCTPs e instituições asilares e/ou congêneres, visando a desinstitucionalização dos pacientes judiciários e efetivando as diretrizes já impostas e consignadas pela luta antimanicomial.

5 DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ)

5.1 Da Resolução CNJ nº 487/2023

O objetivo da Resolução CNJ nº 487/2023, de acordo com o próprio CNJ, é assegurar os direitos da população em custódia que apresenta transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial (Camimura, 2023). Para tal seguridade, a Resolução CNJ 487/2023 prevê ações de implementação para cada fase da persecução penal, desde a entrada à saída do indivíduo do Sistema de Justiça Criminal - SCJ.

5.1.1 *Das audiências de custódia*

Em fase inicial, há a previsão logo em audiência de custódia, diante da faculdade do Magistrado, de encaminhamento de pessoa com indícios de transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial, identificada por equipe multidisciplinar, para atendimento em Rede de Apoio Psicossocial – RAPS, desde que de forma voluntária e após ouvidos o Ministério Público – MP e a defesa, dentro dos moldes legais.

A implementação dessa nova dinâmica visa a identificação mais rápida de uma pessoa com transtorno mental em confronto com a lei, impedindo-a de entrar no sistema carcerário, trazendo a tratativa adequada ao caso concreto em primeiro instante, sem que sejam feridas as disposições legais acerca da prisão em flagrante delito, previstas na Resolução CNJ 213/2015, que dispõe sobre a apresentação de toda pessoa presa à autoridade judicial no prazo de 24 horas (CNJ, 2015).

Para tanto, a presença da equipe multidisciplinar é de suma importância para não somente identificar se naquele contexto o autor sofre mentalmente de alguma mazela, mas também mensurar o grau/nível desse acometimento. Inclusive, essa pontuação primária, em conjunto com a análise do magistrado e do Ministério Público, determina se há aptidão para o autor participar dos atos.

Ademais, em casos mais extremos, a Resolução 487/2023 é cuidadosa com todas as garantias de direitos às pessoas com transtorno mental ou acometidas de qualquer forma de deficiência psicossocial, pois determina, após identificação dos membros envolvidos, que os casos em que há crise e que não podem ser controlados pela equipe qualificada, serão encaminhados para o atendimento de saúde por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU ou pelas próprias RAPS.

Elucidando esse procedimento, assim dispõe a Resolução CNJ 487/2023 em seu artigo 5º:

Art. 5º Nos casos em que a autoridade judicial, com apoio da equipe multidisciplinar e após ouvidos o Ministério Público e a defesa, entender que a pessoa apresentada à audiência de custódia está em situação de crise em saúde mental e sem condições de participar do ato, solicitará tentativas de manejo de crise pela equipe qualificada.

§ 1º Para efeitos deste artigo, entende-se por manejo da crise o imediato acionamento de equipe de saúde da Raps para a tomada de medidas emergenciais e referenciamento do paciente ao serviço de saúde, além da realização de ações de escuta, compreensão da condição pessoal, produção imediata de consensos possíveis, mediação entre a pessoa e as demais presentes no ambiente e a restauração do diálogo, bem como, o quanto antes, a identificação dos fatores que possivelmente desencadearam a crise.

§ 2º Caso exauridas sem sucesso as tentativas de manejo de crise, a autoridade judicial realizará o encaminhamento da pessoa para atendimento em saúde por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) ou outros serviços da Raps, e providenciará o registro da não realização da audiência de custódia, por meio de termo no qual constará:

I – a determinação para elaboração de relatório médico acompanhado, se for o caso, de informes dos demais profissionais de saúde do estabelecimento ao qual a pessoa presa em flagrante for encaminhada, a fim de documentar eventuais indícios de tortura ou maus tratos, a ser remetido ao juízo em 24 (vinte e quatro) horas;

II – a requisição imediata de informações às secretarias municipal ou estadual de saúde sobre a atual condição da pessoa e indicação de acompanhamento em saúde mais adequado, que poderá compor o PTS, com descrição de eventual tratamento que esteja em curso, a serem prestadas em 48 (quarenta e oito) horas, com a finalidade de subsidiar a tomada de decisão judicial (CNJ, 2023. p. 9).

Verifica-se, ainda, a priorização dos princípios do devido processo legal e do atendimento humanizado e proteção aos direitos das pessoas com transtornos mentais – previstos na Lei. nº 10.216/2001 – uma vez que há a possibilidade de realização do ato (audiência de custódia) no local em que a pessoa se encontrar, caso não tenha recebido alta médica em função da crise pela qual passou, ou sua recondução à audiência de custódia quando seu estado de saúde estiver restabelecido; e a avaliação da autoridade judicial de todos os atos, quando da análise da legalidade da prisão, do uso de algemas e instrumentos de contenção utilizados, verificando se seus usos seguiram os princípios e determinações legais para tal.

No que tange às tratativas da Resolução acerca das audiências de custódia, nota-se o seu tom garantista⁵, priorizando as particularidades das pessoas que sofrem com transtorno mental

⁵ As bases de fundação da doutrina jurídico-política denominada como garantismo jurídico remonta aos ideais iluministas, que sustentavam a capacidade crítica do homem na construção do processo humanizador, negando a redução do homem a um caráter supérfluo, servindo como limite à submissão do indivíduo face ao poder. Modernamente, a teoria foi elaborada na Itália dos anos sessenta, em um contexto jurídico em que se tentou combater a conturbação política com legislações emergenciais, gerando uma reação jurídica com o fito de observância dos direitos e garantias individuais e limitação do poder punitivo estatal. Verifica-se, portanto, que o presente modelo se aplica ao estado constitucional, como instrumento de concretização dos direitos fundamentais e à própria consolidação dos regimes democráticos. Assim, garantismo e direitos fundamentais são aspectos similares, e estarão presentes sempre que se verificar o Estado Constitucional de Direito (Carvalho, 2011; Ippolito, 2011; Santiago, Silva, 2012; Trindade, 2013 *apud* Diógenes, Santiago, 2021, p. 29-30).

ou de qualquer forma de deficiência psicossocial para o cumprimento do imposto, originado pelo confronto legal, particularidades estas não somente ligadas ao seu estado de saúde mental, mas também a fatores que ampliem sua vulnerabilidade social, como assim prevê em seus artigos 7º e 8º:

Art. 7º Nos casos dos art. 4º ou 5º, não sendo hipótese de relaxamento da prisão, a autoridade judicial avaliará a necessidade e adequação de eventual medida cautelar, consideradas as condições de saúde da pessoa apresentada e evitando a imposição de: I – medida que dificulte o acesso ou a continuidade do melhor tratamento disponível, ou que apresente exigências incompatíveis ou de difícil cumprimento diante do quadro de saúde apresentado; e

II – medidas concomitantes que se revelem incompatíveis com a rotina de acompanhamento na rede de saúde. § 1º Será priorizada a adoção de medidas distintas do monitoramento eletrônico para pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial, sem que isso enseje a aplicação de medidas que obstem o tratamento em liberdade.

§ 2º A autoridade judicial levará em consideração as condições que ampliem a vulnerabilidade social, bem como os aspectos interseccionais, no caso de pessoas em situação de rua, população negra, mulheres, população LGBTQIA+, mães, pais ou cuidadores de crianças e adolescentes, pessoas idosas, pessoas convalescentes, migrantes, povos indígenas e outras populações tradicionais, para que a aplicação de eventual medida seja condizente com a realidade social e o referenciamento aos serviços especializados da rede de proteção social.

Art. 8º Nos casos em que a autoridade judicial substituir a prisão preventiva pela domiciliar, nos termos do art. 318 do Código de Processo Penal, serão garantidos a possibilidade de tratamento adequado na Raps e o exercício de outras atividades que reforcem a autonomia da pessoa, como trabalho e educação (CNJ, 2023. p. 10).

5.1.2 Da necessidade de tratamento em saúde mental no curso de prisão preventiva ou outra medida cautelar

Acerca desta hipótese subtitular, a Resolução CNJ 487/2023 delega à autoridade judicial a análise do caso priorizando mais uma vez o tratamento de saúde mental à pessoa acometida por este transtorno, sendo, no caso de pessoa presa, através da reavaliação da necessidade e adequação da prisão processual, após ouvidos a equipe multidisciplinar, o MP e a defesa; e nos casos de pessoa solta, a reavaliação da necessidade e adequação da medida cautelar, nos moldes do artigo 8º dela mesma, que trata da garantia à possibilidade de tratamento adequado na RAPS e do exercício de outras atividades que reforcem a autonomia dessa pessoa solta, como trabalho e educação.

Reforça-se que as disposições sobre encaminhamento para serviços da RAPS ou rede de proteção social não serão autoexecutáveis em sua totalidade, pois terão acompanhamento e apoio de Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas à Pessoa com

Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP)⁶; de equipe conectora vinculada ao Sistema Único de Saúde – SUS que exerça função análoga à da EAP; de equipe multidisciplinar qualificada 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, conforme disposição do parágrafo único do artigo 9º, da Resolução CNJ 487/2023:

Art. 9º No caso de a pessoa necessitar de tratamento em saúde mental no curso de prisão processual ou outra medida cautelar, a autoridade judicial:
(...)
Parágrafo único. O encaminhamento para os serviços da Raps ou rede de proteção social será apoiado pelas equipes mencionadas no art. 2º, III, IV e V, considerando a interlocução entre esses serviços e os equipamentos responsáveis pelo tratamento em saúde, de modo que eventuais subsídios sobre a singularidade do acompanhamento da pessoa sejam aportados ao processo visando a priorização da saúde (CNJ, 2023. p. 11).

Ainda, nos casos que versarem sobre a análise da imputabilidade da pessoa, os relatórios e informações sobre atendimento dos serviços dispostos aos quais a pessoa esteja vinculada, poderão ser utilizados, respeitando o sigilo das informações pessoais e médicas.

5.1.3 Da medida de segurança e do tratamento ambulatorial

Os casos em que haja imposição de medida de segurança pela autoridade judicial, ela será determinada em modalidade mais indicada ao tratamento de saúde do acusado, levando-se em consideração a avaliação biopsicossocial, outros exames eventualmente realizados na fase instrutória e os cuidados a serem prestados em meio aberto, assim como, nos casos em que haja imposição ou alteração do cumprimento da medida de segurança, os pareceres das equipes multiprofissionais que atendem o paciente na Raps, da EAP ou outra equipe conectora, conforme disposição do art. 11, da Resolução CNJ 487/2023.

⁶ O Brasil instituiu o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei através da Portaria do Ministério da Saúde nº 94, de 14 de janeiro de 2014. O serviço é composto por uma Equipe de Acompanhamento e Avaliação de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), cujas atribuições primordiais, dentre outras, eram de acompanhar a execução das medidas de segurança e promover diálogos entre os órgãos de justiça e saúde. Após seis anos de vigência, sob a justificativa de baixa adesão dos Estados a esse serviço, a Portaria foi revogada. Contudo, após manifestação e pedido de esclarecimentos de órgãos da justiça, sociedade civil e Conselho Nacional dos Direitos Humanos, o MS reestabeleceu as EAPs através da Portaria nº 1754/2020 (Amorim, 2021, p. 02). Durante a elaboração deste trabalho, foi publicada a Portaria GM/MS nº 4.876, de 18 de julho de 2024, alterando e trazendo mais disposições sobre as EAPs, cuja criação e diretrizes são voltadas, basicamente, para o processo de desinstitucionalização, ganhando a nomenclatura de EAP – Desinst.

Seguindo o mesmo viés garantista em prol do tratamento de saúde da pessoa com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial, ele é aplicado a quem precisar de alguma medida de internação. A Resolução CNJ 487/2023 prioriza o tratamento ambulatorial em detrimento à medida de internação e esse tratamento será acompanhado pela autoridade judicial e pelos membros envolvidos no tratamento, evitando a exigência de comprovação do tratamento ao autor.

Nesse processo é levado em consideração todo o estudo de caso feito pela equipe multidisciplinar, bem como as particularidades previamente identificadas e aquelas ocorridas no curso do tratamento, como ausência de suporte familiar e interrupções pontuais no curso do tratamento, sendo prevista, inclusive, a internação, mas como Projeto Terapêutico Singular, sem caráter punitivo. Essa dinâmica será avaliada uma vez por ano, minimamente, ou a qualquer tempo, com o objetivo de se analisar a descontinuidade da medida de segurança, contudo sem condicionamento ao término do tratamento de saúde mental.

Sobre o tratamento ambulatorial, assim prevê a Resolução CNJ 487/2023:

Art. 12. A medida de tratamento ambulatorial será priorizada em detrimento da medida de internação e será acompanhada pela autoridade judicial a partir de fluxos estabelecidos entre o Poder Judiciário e a Raps, com o auxílio da equipe multidisciplinar do juízo, evitando-se a imposição do ônus de comprovação do tratamento à pessoa com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial.

§ 1º O acompanhamento da medida levará em conta o desenvolvimento do PTS e demais elementos trazidos aos autos pela equipe de atenção psicossocial, a existência e as condições de acessibilidade ao serviço, a atuação das equipes de saúde, a vinculação e adesão da pessoa ao tratamento.

§ 2º Eventuais interrupções no curso do tratamento devem ser compreendidas como parte do quadro de saúde mental, considerada a dinâmica do acompanhamento em saúde e a realidade do território no qual a pessoa e o serviço estão inseridos.

§ 3º A ausência de suporte familiar não deve ser entendida como condição para a imposição, manutenção ou cessação do tratamento ambulatorial ou, ainda, para a desinternação condicional.

§ 4º Eventual prescrição de outros recursos terapêuticos a serem adotados por equipe de saúde por necessidade da pessoa e enquanto parte de seu PTS, incluindo a internação, não deve ter caráter punitivo, tampouco deve ensejar a conversão da medida de tratamento ambulatorial em medida de internação.

§ 5º A autoridade judicial avaliará a possibilidade de extinção da medida de segurança, no mínimo, anualmente, ou a qualquer tempo, quando requerido pela defesa ou indicada pela equipe de saúde que acompanha o paciente, não estando condicionada ao término do tratamento em saúde mental (CNJ, 2023. p. 12-13).

Levando em consideração todas as especificidades de casos e, mesmo assim, verificada a necessidade de medida de internação, esta será feita em caráter excepcional quando não puderem ser aplicadas ou não forem suficientes outras medidas cautelares diversas à prisão.

Esta internação seguirá padrões para sua execução, como a sua prescrição pela equipe de saúde da RAPS, a título de recurso terapêutico adequado momentaneamente no âmbito da PTS, e serão cumpridas em leito de saúde mental em Hospital Geral ou qualquer outro equipamento de saúde referenciado pelo CAPS da RAPS (CNJ, 2023).

Quanto à garantia a essas pessoas com transtornos mentais ou com qualquer forma de deficiência psicossocial de que não sejam encaminhadas ou mantidas em unidades prisionais, ainda que em enfermarias, ou sejam submetidas a internações em instituições com características asilares, esta será dada pelo Poder Judiciário. De acordo com a Resolução CNJ 487/2023, no § único do artigo 13, o Poder Judiciário será o responsável por essa manutenção de garantias, não só preservando esse público, mas salvaguardando que a sua internação lhe proporcione a devida assistência e possibilite o exercício dos direitos previstos no artigo 2º da Lei 10.216/2001, que trata sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O papel da equipe multidisciplinar se estende também à análise das condições para desinternação desse paciente e isso ocorrerá quando ela verificar a sua desnecessidade enquanto recurso terapêutico. Após dada a alta hospitalar, preconiza-se que o acompanhamento psicossocial continue a ser feito nos demais dispositivos da RAPS e em meio aberto. Essa alta hospitalar será comunicada à autoridade judicial e a esta é recomendada o acompanhamento constante com a equipe de saúde da RAPS que continuará assistindo a pessoa com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial, realizando avaliações periodicamente com a finalidade de se verificar se o tratamento pode ser alterado para outra modalidade ou até mesmo ser extinto.

Ainda, a medida de internação não impedirá que a pessoa em tratamento seja privada de seus vínculos sociais, já que lhe é garantido encontros para essa manutenção de contato. Sobre isto e os procedimentos que englobam a desinternação, assim dispõe o CNJ na Resolução CNJ 487/2023, art. 13, §§ 2º e 3º, e art. 14:

Art.13 - A imposição de medida de segurança de internação ou de internação provisória ocorrerá em hipóteses absolutamente excepcionais, quando não cabíveis ou suficientes outras medidas cautelares diversas da prisão e quando compreendidas como recurso terapêutico momentaneamente adequado no âmbito do PTS, enquanto necessárias ao restabelecimento da saúde da pessoa, desde que prescritas por equipe de saúde da Raps.

(...)

§ 2º A internação cessará quando, a critério da equipe de saúde multidisciplinar, restar demonstrada a sua desnecessidade enquanto recurso terapêutico, caso em que, comunicada a alta hospitalar à autoridade judicial, o acompanhamento psicossocial poderá continuar nos demais dispositivos da Raps, em meio aberto.

§ 3º Recomenda-se à autoridade judicial a interlocução constante com a equipe do estabelecimento de saúde que acompanha a pessoa, a EAP ou outra equipe conectora, para que sejam realizadas avaliações biopsicossociais a cada 30 (trinta) dias, a fim de se verificar as possibilidades de reversão do tratamento para modalidades em liberdade ou mesmo para sua extinção.

Art. 14. Serão proporcionadas ao paciente em internação, sem obstrução administrativa, oportunidades de reencontro com sua comunidade, sua família e seu círculo social, com atividades em meio aberto, sempre que possível, evitando-se ainda sua exclusão do mundo do trabalho, nos termos do PTS (CNJ, 2023. p. 13-14).

5.1.4 Da necessidade de tratamento em saúde mental no curso da execução da pena

Garantindo sua implementação em cada fase do processo, a Resolução CNJ 487/2023 também abarca aquelas pessoas que necessitam de tratamento de saúde mental no curso da execução da pena, momento em que a autoridade judicial avaliará a necessidade e adequação da prisão em vigor frente à demanda de saúde mental. Essa ponderação servirá para fins de início ou manutenção, nos casos em que já houver em curso, de tratamento em serviços de RAPS, sempre sendo ouvidos a equipe multidisciplinar, MP e defesa.

O previsto encaminhamento à RAPS e à rede de proteção social terão o apoio das equipes de saúde das unidades prisionais em que a pessoa se encontrar encarcerada, das EAPs e demais equipes conectoras em contato com os setores da RAPS, com a finalidade não somente de avaliação, mas também de suporte ao tratamento que tem por prioridade a saúde do paciente, conforme previsto no art. 15, § único da referida Resolução.

Art. 15. Nos casos em que a pessoa submetida ao cumprimento de pena necessitar de tratamento em saúde mental, a autoridade judicial avaliará a necessidade e adequação da prisão em vigor ante a demanda de atenção à saúde, para início ou continuidade de tratamento em serviços da Raps, ouvidos a equipe multidisciplinar, o Ministério Público e a defesa.

Parágrafo único. O encaminhamento para os serviços da Raps e à rede de proteção social será apoiado pelas equipes de saúde das unidades prisionais, pela EAP e demais equipes conectoras, a partir de constante interlocução com os equipamentos da Raps responsáveis pelo tratamento, de modo que subsídios sobre a singularidade do acompanhamento da pessoa sejam aportados ao processo com a finalidade de priorização da saúde (CNJ, 2023. p. 14).

5.1.5 Da desinstitucionalização

Por fim, a Resolução CNJ 487/2023 após assegurar priorização à saúde e tratamento do paciente com transtorno mental ou qualquer deficiência psicossocial em todas as fases do procedimento penal, trouxe o processo de desinstitucionalização. Esse processo consiste inicialmente em, nos prazos determinados pelo CNJ, que os magistrados competentes revisem os processos em execução com o objetivo de que a medida em curso seja extinta, progredida

para que seja tratada em meio ambulatorial aberto ou transferida para estabelecimento de saúde adequado. O art. 16 da Resolução CNJ 487/2023, seus incisos e parágrafo determinam o procedimento e os casos a serem contemplados, como se segue:

Art. 16. No prazo de até 6 (seis) meses, contados a partir da entrada em vigor desta Resolução, a autoridade judicial competente revisará os processos a fim de avaliar a possibilidade de extinção da medida em curso, progressão para tratamento ambulatorial em meio aberto ou transferência para estabelecimento de saúde adequado, nos casos relativos:

I – à execução de medida de segurança que estejam sendo cumpridas em HCTPs, em instituições congêneres ou unidades prisionais;

II – a pessoas que permaneçam nesses estabelecimentos, apesar da extinção da medida ou da existência de ordem de desinternação condicional; e

III – a pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial que estejam em prisão processual ou cumprimento de pena em unidades prisionais, delegacias de polícia ou estabelecimentos congêneres.

Parágrafo único. Para fins do disposto no caput, o Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial previsto no art. 20, VI, e as equipes conectoras ou multidisciplinares qualificadas apoiarão as ações permanentes de desinstitucionalização (CNJ, 2023. p. 14-15).

Além desses procedimentos de análise para possível extinção de medida, progressão e/ou transferência do tratamento, a Resolução em tela prevê em seu art. 17 que, no prazo de 12 (doze) meses contados a partir da sua publicação, haja a elaboração de PTS, determinada pela autoridade competente pela execução penal, para todos os pacientes institucionalizados presentes em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTPs, instituições congêneres ou unidades prisionais. Essas medidas devem ser apresentadas em audiência judicial em que conste presente representantes envolvidos na elaboração dos PTSs dos pacientes e não devem trazer prejuízo às determinações do art. 16 supracitado, além de visar uma alta planejada e reabilitação psicossocial assistida em meio aberto (CNJ, 2023).

Ademais, ultima em seu art. 18, através da fixação de prazos para a interdição parcial e o fechamento desses estabelecimentos de 06 (seis) e 12 (doze) meses, respectivamente, conforme esclarece:

Art. 18. No prazo de 6 (seis) meses contados da publicação desta Resolução, a autoridade judicial competente determinará a interdição parcial de estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, com proibição de novas internações em suas dependências e, em até 12 (doze) meses a partir da entrada em vigor desta Resolução, a interdição total e o fechamento dessas instituições (CNJ, 2023. p. 15).

6 DO COMITÊ ESTADUAL INTERINSTITUCIONAL DE MONITORAMENTO DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL – CEIMPA

A constituição de comitês estaduais para acompanhar e fiscalizar o processo de desinstitucionalização previsto pela Resolução 487/2023 é disposta em seu próprio art. 20, VI, em que outorga aos Grupos de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário (GMFs) dos tribunais poderes para discussão das diretrizes para a implementação da política trazida pela Resolução, seja através da instituição ou participação nesse processo:

Art. 20. Os Grupos de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário (GMFs) dos tribunais poderão:

(...)

VI – instituir ou participar de Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário, o qual contará com representantes do GMF, da Vara de Execução Penal, da Saúde Mental-Raps, da Assistência Social, do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura, onde houver, dos Conselhos Regionais de Serviço Social, Psicologia e Medicina, do Ministério Público, da Defensoria Pública, do Conselho da Comunidade, onde houver, da Equipe de Saúde da Secretaria responsável pela gestão prisional, podendo contar ainda com outros Conselhos de Direitos, Organizações da Sociedade Civil afetas ao tema, usuários da Política de Saúde Mental, entre outros (CNJ, 2023. p. 16).

Os CEIMPAs consistem em peças fundamentais para efetivação do processo de desinstitucionalização, uma vez que a sua instituição, discussões e direcionamentos tratados visam orientar todos os órgãos e agentes presentes nesse processo previsto pela Resolução CNJ 487/2023. O Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário assim definiu as atribuições do CEIMPA quando implantados em cada estado:

Os Comitês Estaduais Interinstitucionais de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário (CEIMPAs) são as instâncias asseveradas pela Resolução CNJ n. 487/2023 para apoiar as ações permanentes de desinstitucionalização junto às equipes conectoras ou multidisciplinares, e para pôr em curso o monitoramento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

(...)

Além do correto e permanente preenchimento de sistemas informatizados, por meio da coleta periódica baseada em indicadores de monitoramento do CNJ, via processo do Acompanhamento de Cumprimento de Decisão (CUMPRDEC), resguardadas as informações sensíveis e pessoais, de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), os CEIMPAs devem incorporar atribuições para averiguar o cumprimento dos indicadores da implementação da Política Antimanicomial no processo penal e na execução das medidas de segurança no território, com vistas a evitar a criação de novos ECTPs. Nesse sentido, é fundamental a incorporação de ações de monitoramento periódicas, que tenham em seu horizonte o interesse exclusivo do tratamento em benefício da saúde das pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei, desde a porta de entrada do Sistema de Justiça Criminal até a desinstitucionalização (BRASIL, 2023. p. 107-108).

O corpo legal da Resolução 487/2023, no bojo de suas considerações e seus 24 artigos, trouxe a previsão legal de como se arquitetaria todo o processo judicial criminal que envolva pessoas que sofram de transtorno mental ou qualquer outra forma de deficiência psicossocial, conforme demonstrado. Esses artigos foram transformados em um manual, também de elaboração do CNJ, nomeado de Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário: Resolução CNJ n. 487 de 2023, para complementar as diretrizes legais outrora publicadas.

Dentre essas diretrizes orientadoras, em conjunto com os princípios da Resolução 487/2023, indicadores foram criados para nortear os trabalhos dos CEIMPAs e dos órgãos envolvidos. São eles:

- Existência de Plano de Educação Permanente em Políticas Penais e Judiciárias, Saúde Mental e Assistência Social para orientação acerca da Política Antimanicomial do Poder Judiciário;
- Realização de diagnósticos estaduais e pesquisas sobre a população com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei, incluídos percentuais que averiguem a adoção da medida de segurança de tratamento ambulatorial no total de casos;
- Articulação com programas e serviços das redes de atenção à saúde e socioassistenciais, em especial com a RAPS;
- Existência de Plano Estadual e Distrital de Implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, em consonância com o Plano Nacional correspondente;
- Elaboração de fluxos para a atenção integral às pessoas com transtorno mental submetidas a procedimento criminal, em local adequado à atenção em saúde;
- Execução de fluxos para a atenção integral às pessoas com transtorno mental submetidas a procedimento criminal, em local adequado à atenção em saúde;
- Abrangência dos fluxos no caso de pessoas com transtorno mental relacionado ao uso abusivo de álcool e outras drogas;
- Atuação de equipe multidisciplinar em apoio a magistrados/as e na perspectiva da desinstitucionalização;
- Fomento e articulação com EAP;
- Elaboração de PTS para todas as pessoas em medida de segurança que ainda estiverem internadas em HCTP, em instituições congêneres ou unidades prisionais;
- Realização de revisão periódica de casos a fim de avaliar a possibilidade de extinção da medida em curso, progressão para tratamento ambulatorial em meio aberto ou transferência para estabelecimento de saúde adequado;
- Realização de inspeções ou averiguação in loco, quando for caso;
- Interdição parcial de HCTP ou Ala de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em unidade prisional;
- Interdição total de HCTP ou Ala de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em unidade prisional (BRASIL, 2023. p. 108-109).

Ressalta-se que o estado de Minas Gerais é um dos precursores e uma das referências no tocante ao paciente judiciário, não só pelo PAI-PJ, mas também por abarcar esse grupo específico de pessoas antes mesmo da promulgação da Lei 10.216/2001, que trata da reforma psiquiátrica antimanicomial, uma vez que os serviços substitutivos ao manicômio e sua extinção já eram previstos na década de 1990 pela Lei Estadual nº 11.802/1995 (TJMG, 2023).

Ainda, no ano de 2022, o Tribunal de Justiça de Minas Gerais, sob a iniciativa do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e das Medidas Socioeducativas (GMF), criou a Central de Execução de Medidas de Segurança 4.0 (CEMES), cujo objetivo foi o de “agilizar e monitorar a execução de medidas de segurança e seus incidentes e promover a cooperação no processamento de tais procedimentos, nas unidades judiciárias da Justiça de primeiro grau de Minas Gerais” (TJMG, 2022).

A pontuação desses instrumentos instituídos anteriormente à Resolução 487/2023 do CNJ, demonstram que o estado de Minas Gerais já possuía mecanismos possíveis de amparo para as diretrizes trazidas pelo CNJ acerca dos pacientes judiciários.

Avocando a análise para o objeto de estudo deste trabalho, qual seja, o processo de desinstitucionalização em Minas Gerais, as reuniões do CEIMPA/MG aconteceram entre os anos de 2023 e 2024, num total de nove encontros até a conclusão deste trabalho.

Durante esse período, participaram das reuniões representantes de cerca de 23 (vinte e três) órgãos e instituições correlatas, de alguma forma, a esse processo. Dentre eles, elenca-se: a Coordenadora-Geral do Programa de Assistência Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ, também presidente e mediadora das reuniões; demais membros do Poder Judiciário; representantes do PAI-PJ; do Programa Fazendo Justiça do Conselho Nacional de Justiça – CNJ; da Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública de Minas Gerais – SEJUSP; do Conselho Estadual de Direitos Humanos – CONEDH; do Conselho Regional de Serviços Sociais – CRESS; do Movimento Nacional da População de Rua de Minas Gerais, da Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental – ASUSSAM; do Fórum Mineiro de Saúde Mental; do Conselho Regional de Psicologia – CRP; da Rede de Atenção às Pessoas Egressas do Sistema Prisional – RAESP; da Rede de Saúde Mental da Prefeitura de Belo Horizonte; da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais / Superintendência Regional de Saúde de Barbacena (SES-MG/SRS); da Secretaria Municipal de Saúde de Barbacena (Sesap); do Laboratório de Estudos sobre Trabalho, Cárcere e Direitos Humanos (LabTrab/UFGM); do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSENS-MG); da Subsecretaria de Assistência Social de Belo Horizonte (Smasac-BH); do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR); da Diretoria de Ações Temáticas e Estratégicas (SES-MG/Date) da SES-MG; da Associação Brasileira Comunitária para Prevenção do Abuso de Drogas (ABRAÇO); da Diretoria de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (SES-MG/Dsmad) ligada à SES-MG; do Conselho Estadual de Saúde (CES-MG); do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CaoSaúde - MPMG); e da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social (SEDESE-MG) (TJMG, 2023a. p. 01) (TJMG, 2023b. p. 1).

6.1 Primeira reunião

Ocorrida em 14 de junho de 2023, quatro meses após a publicação da Resolução 487/2023 do CNJ, a primeira reunião do CEIMPA aconteceu no auditório da Corregedoria-Geral de Justiça do Estado de Minas Gerais, situado na Rua Goiás, nº 253, Centro de Belo Horizonte/MG.

Por se tratar do primeiro encontro do Comitê, as pontuações foram genéricas e pautadas na análise do que o Estado já possuía em termos de serviços que pudessem ser utilizados em consonância com as disposições trazidas pela Resolução 487/2023 do CNJ, assim como feitas prospecções acerca das possíveis dificuldades de implementação da Resolução. Nesse sentido, ressaltaram-se orientações importantes para serem adotadas pelo Comitê e que melhor fundamentasse a finalidade para o qual foi criado, haja vista que, para a concretização dos seus objetivos, basicamente três pilares devem ser observados: a parceria estabelecida a partir do trabalho em conjunto para viabilizar o crescimento da política pública em saúde mental e promover dignidade àqueles que sofrem psiquicamente e que estão em conflito com a lei; a humanização do direito penal com a substituição da presunção de periculosidade por presunção de sociabilidade possibilitando a promoção da cidadania dos sujeitos que são estigmatizados socialmente; e o investimento da política de saúde mental com a ampliação e a criação de equipamentos e serviços que sejam pautados na melhoria dos vínculos afetivos e sociais das pessoas com sofrimento mental, rumo ao fechamento definitivo dos manicômios e na criação de serviços abertos comunitários e territorializados, nos quais cuidado em liberdade seja, além de fundamentalmente terapêutico, um direito de todos e todas (TJMG, 2023a. p. 1-2).

As relevâncias acerca da CEMES foram levantadas, identificando-se dados significativos constatados após a sua criação: a celeridade processual, diminuição de pacientes inseridos na lista de espera por vaga de internação no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e, principalmente, a reintegração do paciente na sociedade. Enfatizou-se também que, em um primeiro momento, os desafios a serem enfrentados pelo Comitê seria a implementação na prática das diretrizes da Resolução 487/2023 do CNJ e sua política antimanicomial e, em um segundo momento, a fiscalização e monitoração dessa política, objetivando a manutenção da garantia dos direitos conquistados pelo público em tela, evitando, assim, retrocessos (TJMG, 2023a. p. 2).

Abertos os debates, foram ressaltados pela representante da Associação dos Usuários de Serviço de Saúde Mental de Minas Gerais – ASUSSAM, a necessidade de hospitalidade noturna para os casos dos pacientes em crise e que demandam de um tempo de internação maior;

necessidade de expansão dos Núcleos do PAI-PJ em todas as comarcas, visando um acompanhamento singular dos pacientes; a disponibilização de tratamento adequado aos pacientes que se encontram no sistema prisional; e, por fim, a importância de conscientização dos profissionais que realizam a escolta dos pacientes, haja vista que a forma de atuação destes tende a prejudicar o tratamento, causando medo e insegurança aos demais pacientes. Ainda, teceu reprovações ao uso contínuo de algemas durante o período que o paciente está sendo atendido em momento de crise (TJMG, 2023a. p. 2).

O representante e Gerente da Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte, além de ter pontuado a necessidade de entendimento de fato da Resolução 487/2023 do CNJ, principalmente como essa execução chegaria ao público-alvo da capital e das cidades do interior, trouxe alguns pontos discutidos pelo grupo de trabalho feito no Ministério da Saúde sobre o que deve ser observado na implantação das diretrizes da Resolução:

1. realizar o censo das pessoas que estão no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e no sistema prisional;
2. rever a Portaria de Serviço Residencial Terapêutico;
3. Ministério da Saúde elaborar um documento com norteadores de Estados sobre fechamentos dos Hospitais de Custódias, com orientação de plano de ação;
4. Incremento urgente de recursos financeiros para investimento em construção e reforma de serviços e custeio;
5. Qualificação dos profissionais;
6. Sensibilização dos gestores municipais, para acolhimento e aderência ao PNAISP;
7. Incluir o SUAS e a Secretaria de Moradia, tendo em vista que não há como discutir a Resolução incluindo só a saúde sem a inclusão de políticas de assistência social e moradia, vez que já existem trabalhos feitos com o *housing first*, que é em primeiro lugar dar a moradia para as pessoas, sendo elas em situação de rua, com transtorno mental ou que tenha cometido algum crime;
8. Garantia que o espaço de saúde seja de assistência e não de cumprimento de decisão judicial;
9. Republicar a Portaria que autoriza implantar a partir de quatro leitos de saúde mental em hospitais gerais e regionais.
10. Criar o GT entre justiça, saúde e assistência;
11. Rever o número populacional de abrangência dos CAPS I;
12. Fortalecer e ampliar as EAPS e habilitar estes serviços;
13. Modernizar e ampliar o programa de volta para casa;
14. Fortalecer recursos para equipes itinerantes para a população ribeirinhas, quilombolas e indígenas;
15. Verificar equipes multiprofissionais a serem direcionadas aos municípios que tenham população que pode ter CAPS I;
16. Criar estratégias de diálogos e trocas de experiências a exemplo do PAI-PJ e do PAI-LI (TJMG, 2023a. p. 3).

Por fim, outros assuntos foram suscitados com possibilidades de discussões posteriores, como a questão de financiamento dos Serviços de Residência Terapêutica para o público advindo do Sistema Prisional, levantado pela representante da Subsecretaria de Direitos Humanos da SEDESE, uma vez que a SEDESE não conseguiria arcar sozinha com esses

recursos, principalmente devido a intersetorialidade do assunto e de órgãos; a necessidade de entrada mais efetiva do SUS dentro das Unidades Prisionais, através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e discussões entre SUS e SEJUSP; e ratificação da necessidade de participação dos policiais e guardas em processos que visem a sua sensibilização e capacitação de como abordar e conduzir um paciente e necessidade da inserção do paciente em cursos profissionalizantes ou mercado de trabalho, já que se constata situações de aflição de pacientes fora do atendimento, sugestões dadas por representante do Fórum Mineiro de Saúde Mental e de usuário da Rede, respectivamente (TJMG, 2023a. p. 3).

Antes do encerramento dos trabalhos, houve a sugestão para que os assuntos a serem discutidos nos encontros futuros fossem encaminhados previamente para otimização do tempo e avanço nas discussões, bem como também se sugeriu que pequenos grupos de discussões fossem criados nas próximas reuniões com a mesma finalidade.

6.2 Segunda reunião

Em 13 de julho de 2023, na sala de reuniões do Programa Novos Rumos, localizado à rua Goiás, nº 253, 2º andar, bairro Centro, em Belo Horizonte, aconteceu a segunda reunião do CEIMPA.

Diante do número de pessoas presentes e para viabilizar as discussões e execução dos trabalhos, foram criados dois Grupos de Trabalho – GTs, sendo o GT 1 responsável pelas diretrizes em torno da audiência de custódia e o GT 2 pela desinstitucionalização.

O GT 1 inicialmente abordou, através de uma das representantes do PAI-PJ, a necessidade de acompanhamento desse paciente judiciário autuado desde o início, apresentando para tal o projeto piloto “PAI-PJ na audiência de custódia”. Esse piloto se mostrou exitoso e necessário para sensibilizar os atores envolvidos no processo e sua atuação se deu em forma de plantão para promover o acolhimento imediato das pessoas autuadas e indiciadas pelo juiz, realizando uma leitura prévia da situação singular e necessidades desse indivíduo, encaminhando-o à rede de proteção intersetorial para tratamento do estado psíquico e social, evitando assim o encarceramento e a cronificação do sofrimento psíquico decorrentes das práticas de segregação. Além disso, justificou-se a urgência e necessidade da implementação das diretrizes da Resolução nos fatos de que grande parte desses usuários, quando se apresentam à audiência de custódia, encontra-se em situação de grande fragilidade e vulnerabilidade social,

com evidências claras ou alguns sinais de estar em situação de sofrimento psíquico (TJMG, 2023b. p. 2).

Apesar de seu êxito, os membros do CEIMPA concordaram que a fase de “projeto piloto” passou, uma vez que, com a base trazida pela Resolução 487/2023 do CNJ, um novo desenho, mais abrangente a ser implantado em todas as regiões de Minas Gerais, precisa ser feito, aproveitando a experiência do sucesso do piloto, juntamente com a participação intersectorial dos envolvidos para uma afinação do desenho de uma nova política (TJMG, 2023b. p. 2-4).

Tendo como precursora essa discussão, as pontuações do GT 1 versaram sobre o cenário desafiador no qual essas diretrizes serão implementadas, haja vista a mudança de paradigmas, competências específicas e limites de cada setor envolvido, frente à urgência de ampliação dos recursos assistenciais e proteção do cidadão (TJMG, 2023b. p. 3).

Outro fator pontuado girou em torno da extensão territorial do estado de Minas Gerais e dificuldades de implantação de determinadas políticas. Reconheceu-se a importância do PAI-PJ como programa de atenção responsável pela elaboração e acompanhamento dos casos nas redes assistenciais, contudo, em se tratando do estado inteiro, seu campo de atuação fica limitado devido à falta de uma rede assistencial fortalecida em todo o território mineiro, recursos humanos e equipamentos de saúde e da assistência social suficientes (TJMG, 2023b. p. 3). Diante da identificação desses vazios existenciais presentes em todo o estado de Minas Gerais, discutiu-se, sem conclusão em primeiro instante, se o fluxo de atuação das diretrizes da Resolução 487/2023 do CNJ começaria da capital e região metropolitana para os interiores ou a partir dos polos regionais.

Essas pontuações giraram em torno, basicamente, da inovação trazida pela Resolução 487/2023 do CNJ, uma vez que suas diretrizes, constituição do CEIMPA e as discussões realizadas representam a escrita de um novo capítulo da Luta Antimanicomial, destacando a importância, nesse caso, das equipes de saúde e da assistência, uma vez que a análise das especificidades levantadas nos PTS não pode ficar a cargo da subjetividade do magistrado (TJMG, 2023b. p. 3).

O objetivo do GT 2 foi definido para construção de um fluxo de saída dos pacientes judiciários com medida de internação que se encontram no sistema prisional, seja nos estabelecimentos destinados para esse fim (Hospital Psiquiátrico Jorge Vaz, em Barbacena/MG, e Centro de Apoio Médico Pericial – CAMP) ou em outras unidades prisionais do estado de Minas Gerais, para que sejam inseridos em tratamento na rede de saúde mental e acolhimento, preferencialmente no seu território de origem quando possível.

Para cumprimento desse objetivo, dividiu-se para fins de levantamento de dados, principalmente, os pacientes judiciários em três grupos: 1) pacientes com medida de segurança de internação transitada em julgado que se encontram em unidades prisionais comuns; 2) pacientes com medida de segurança de internação transitada em julgado que se encontram no manicômio judiciário Jorge Vaz; e 3) pacientes com medida de segurança de internação sem trânsito em julgado que se encontram em unidades prisionais comuns. Houve a informação por parte da representante da Superintendência de Humanização do Atendimento da SEJUSP que, naquele instante, encontravam-se 80 (oitenta) pacientes cumprindo medida de segurança de internação no Hospital Psiquiátrico Jorge Vaz, 15 (quinze) pacientes para tratamento temporário e 03 (três) para realização de perícia, sendo que desses oitenta que cumprem medida de segurança, 07 (sete) aguardavam vaga em SRT. Além disso, identificou-se 66 (sessenta e seis) pacientes com medida de segurança em outras unidades prisionais, sendo que em 11/07/2023, trinta tiveram seus nomes publicados para transferência para o HCTP (TJMG, 2023b. p. 4-5).

Diante de tais informações iniciais, o GT 2 pontuou a necessidade de conhecimento dessas pessoas institucionalizadas para que seu tratamento durante e após o processo de desinstitucionalização fosse estabelecido pelo critério da territorialidade. Assim, identificando esses indivíduos e suas localidades, solicitar-se-ia seu remanejamento para cidade de origem e, conseqüentemente, caso fosse necessário, constituiria ou reforçaria equipe de desinstitucionalização naquele território para dar suporte ao paciente após sua saída do sistema prisional, principalmente para aqueles casos com vínculos rompidos e que não se enquadram em inserção de SRT.

Pontuada também, por fim, as dificuldades de concentração de recursos, principalmente os humanos-profissionais dos serviços de saúde mental, haja vista o desvio dessa atenção frente às internações compulsórias determinadas por juízes cíveis. Essas internações, consideradas como ilegais, acabam ocupando leitos de hospitalidade noturna destinados para pacientes assistidos pelos CAPS e CERSAMs, utilizados por estes para pacientes em crise, impactando esses serviços e desrespeitando a lógica de atuação da saúde (TJMG, 2023b. p. 5).

6.3 Terceira reunião

A reunião ocorrida em 17/08/2023 no auditório da Escola Judicial Desembargador Edésio Fernandes (EJEF) do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, localizado à Rua

dos Guajajaras, nº 40, 18º andar, Bairro Centro, em Belo Horizonte/MG seguiu o mesmo modelo estabelecido na última no que tange à discussão em GTs.

O GT 1 trouxe uma proposta de construção de fluxo na porta de entrada do Sistema de Justiça para efetivação das disposições trazidas pela Resolução 487/2023 do CNJ e, para tanto, apresentou um esboço de documento baseado no fluxo de funcionamento do PAI-PJ na porta de entrada. Ressaltou-se que a esse modelo inicial deveria ser integrado as outras propostas dos demais atores institucionais, o fluxo da RAPS, da Assistência Social e da saúde no Sistema Prisional, construída segundo orientação do trabalho a ser apresentado pelos representantes das políticas públicas, implementando a importância do estabelecimento com base nos princípios orientadores da saúde pública e não mais articulada à lógica da segurança (TJMG, 2023c. p. 2-3).

A representante da SEJUSP trouxe à discussão a criação das Centrais de Audiência de Custódia (CEACs), através da Portaria Conjunta nº 1488/PR/2023/TJMG, sugerindo que os fluxos de implementação seguissem os mesmos definidos na referida Portaria, dividindo-se em três etapas, sendo inseridos em cada grupo de cidades de referência do estado. Esta informação foi reforçada pelos membros do GT 1 que avaliaram ser importante que, tanto o projeto quanto o fluxo sobre a política antimanicomial nas audiências de custódia, seja de abrangência para o estado como um todo, podendo posteriormente discutir formas de sua implementação, além de também ter discutido a necessidade de alinhamento entre as construções do GT e a implementação do referido projeto no âmbito do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG, 2023c. p. 2).

Ainda, em termos gerais, houve o reforço da necessidade de se construir um fluxo a partir de desenhos cuja perspectiva considere a qualidade da atenção integral à saúde em conformidade com os ideais e princípios estabelecidos pela Lei nº 10.216/2001 e os marcos reguladores da atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando enfrentar as práticas atuais ainda muito baseadas em sistemas punitivos e repressivos, morais e segregacionistas segundo a lógica de segurança; capacitação e formação dos Magistrados, Promotores e Defensores Públicos; e pontuação pelo representante da Polícia Militar dos desafios diários para a atuação em segurança pública, reafirmando que existe por parte Polícia Militar de Minas Gerais a orientação de garantir os atendimentos de saúde necessários, ressaltando a importância do devido acompanhamento e do tratamento adequado a partir da audiência de custódia e da atuação dos serviços de saúde, enfatizando a importância do olhar multidisciplinar (TJMG, 2023c. p. 3).

Nesse terceiro encontro, o GT 2 iniciou a reunião destacando a importância de se iniciar as ações do GT pelos pacientes que se encontram em unidades prisionais comuns por estarem em desvio de execução e a maioria se encontrar no território de origem. Para tal, necessário seria levantar não somente a quantidade desse público e informações sobre o território de origem, mas também se é acompanhado pelo PAI-PJ e a situação do vínculo familiar, sendo estes dois últimos pontos delicados nessa dinâmica, já que há casos em que as famílias podem estar em contato com a pessoa, mas quando se propõe que ela volte para casa não a aceitam, sendo primordial o papel da assistência nesses casos (TJMG, 2023c. p. 6-9).

Diante dessas pontuações, a representante da SEJUSP informou o quantitativo de 33 (trinta e três) pacientes com medida de segurança de internação transitadas em julgado em unidades prisionais comuns, cujos nomes se encontram na lista de espera de internação. Já no Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz, havia 105 (cento e cinco) homens e 3 (três) mulheres cumprindo medida de segurança de internação. Uma discussão levantada após a apresentação desses números foi sobre o fato de sua frequente variabilidade e dinamicidade, uma vez que o Poder Judiciário ainda proferia muitas decisões para inclusão na lista de espera de internação. Ainda sobre os números, proposta foi levantada pelo representante do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde do Ministério Público do Estado de Minas Gerais de criação de um painel compartilhado com a SEJUSP, PAI-PJ, Secretaria de Estado de Saúde e Central de Execução de Medidas de Segurança e outros órgãos, cujos nomes poderiam ser cadastrados pelo Juízo, e que todos tenham ciência da periodicidade de alimentação do painel, para que se possa ter uma melhor gestão dos dados, haja vista que essa variação de números representava o “gargalo” da questão (TJMG, 2023c. p. 7).

A ideia de realização desse censo no estado sobre pessoas encarceradas em unidades prisionais comuns e HCTPs levantou a questão da rede de apoio a esse público, tendo como principal agente de apoio o PNAISP. Contudo, discutiu-se uma maneira de inversão de local de atuação frente a esta política, pois o PNAISP atua levando o atendimento para dentro das unidades prisionais, quando na verdade o ideal com a sua utilização nesse processo de desinstitucionalização seria levar os pacientes para atendimentos na rede assistencial do território, fora do sistema prisional. Para essa atenção integral à saúde e entrada no SUS, necessário seria estabelecer quais são as responsabilidades do Estado e verificar onde nele tem ou não adesão à PNAISP. Tal levantamento asseguraria uma adesão maior à Política que, devido à insuficiência de recursos e falta de clareza sobre a responsabilidade dos municípios, amedronta-os (TJMG, 2023c. p. 8).

Outro ponto tratado foi a territorialidade necessária de se analisar nos casos, devida a extensão territorial do estado de Minas Gerais e os problemas enfrentados com o referenciamento e distanciamento de municípios, falta de estrutura da rede em muitos lugares, principalmente em microrregiões. Estes itens a serem considerados têm o propósito de não sufocar as redes municipais maiores e não depender de deslocamentos tão longos, ou seja, desenvolver estratégias para mapeamento de locais que sofrem com vazios assistenciais para que haja sua organização de dados e estruturação, uma vez que, do ponto de vista formal, não há lugares sem atenção à saúde alguma, sendo a dificuldade, nesses casos, de identificação da referência para continuidade do atendimento e construção de PTS com a equipe de atenção primária (TJMG, 2023c. p. 8-9).

Concluiu-se, naquela oportunidade, sobre a realização de mutirão pelo PAI-PJ nas unidades prisionais em que esses pacientes ainda se encontravam para levantamento das demandas. Essas demandas seriam relacionadas à saúde e área sócio-familiar e necessidade de discussão sobre a habitação entrar junto com a saúde no investimento de estratégias de moradias para usuários da saúde mental, versando em hipóteses que iriam do Serviço Residencial Terapêutico ou similares para as pessoas que não conseguem morar sozinhas, até pessoas de mais alta funcionalidade.

6.4 Quarta reunião

No mesmo local da terceira reunião, a EJEF do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, localizado à Rua dos Guajajaras, nº 40, 18º andar, Bairro Centro, em Belo Horizonte/MG, às 09h20min do dia 21/07/2023, iniciou-se a quarta reunião do CEIMPA dando continuidade às discussões em GTs das diretrizes de implementação da Resolução 487/2023 do CNJ.

O GT 1 iniciou os trabalhos levantando a importância de identificação das pessoas em sofrimento psíquico na porta de entrada do sistema judicial e, para tanto, identificou que esse trabalho é conjunto e requer a atenção de todos os envolvidos: Centros de Remanejamento Provisório (CERESPs), familiar, carceragem da audiência de custódia, pelos operadores de direito envolvidos na ação e outros. Após essa identificação, as ocorrências devem ser notificadas à Central de Flagrantes (CEFLAG), para que se proceda ao atendimento prévio pelo Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada (APEC) e Central de Acompanhamento de Alternativas Penais (CEAPA) que promoverão o encaminhamento à equipe do PAI-PJ para análise imediata e articulação da RAPS pertinente, no município. Ademais, pontuou-se a

necessidade de uma equipe qualificada nesse processo, além do reconhecimento da autonomia de serviços e priorização de não utilização de algemas, salvo em casos de crise com risco para o próprio sujeito ou outras pessoas (TJMG, 2023d. p. 2-3).

A relevância do PAI-PJ foi reconhecida como instrumento principal de articulação e execução das medidas a serem implantadas no que diz respeito às relações com as equipes conectoras, assim como a proximidade física nos atendimentos e contatos, salvo as excepcionalidades e, ao menos, nesse momento inicial, têm um peso maior, por isso a necessidade de extensão do programa para todo o estado.

Essa forma de atenção executada pelas equipes conectoras do PAI-PJ permite uma articulação qualificada junto aos atores da rede psicossocial responsáveis pela construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), uma articulação que prima pela atenção ao detalhe clínico psicossocial, à leitura do sintoma que favorece o laço social e o tratamento do sofrimento, caso a caso (TJMG, 2023d. p. 3).

Antes do encerramento dos debates, duas proposições foram feitas para serem discutidas nos próximos encontros: a análise e estudo de para entender como tem sido o empenho dos recursos para financiamento de ações de saúde no âmbito do sistema prisional, em específico quanto à saúde mental, o empenho para financiamento de recursos humanos e materiais do Hospital de Custódia de Barbacena, uma vez que este não é gerido pela SES, mas pela SEJUSP; e a de apresentação dos representantes das instituições e das políticas públicas que compõem o CEIMPA, do funcionamento e do melhor fluxo para articulação do encaminhamento de pessoas em situação de sofrimento psíquico na audiência de custódia para promoção de sua inserção nos equipamentos das políticas públicas vigentes (TJMG, 2023d. p. 3-4).

No GT 2 também foi pontuada a importância do PAI-PJ no auxílio da desinstitucionalização dos pacientes judiciários, principalmente alinhando com um cronograma o início de encaminhamento desses pacientes para tratamento na rede. Diante das particularidades do processo, informou-se que em reunião realizada pelo Conselho Nacional de Justiça, Ministério da Justiça e Ministério da Saúde, entendeu-se necessário uma nova interpretação em que os prazos seriam contados a partir da entrada em vigor da Resolução e não a partir da data de publicação. Então, o fechamento da porta de entrada que estava previsto para agosto, passou para novembro do ano de 2023, e em maio de 2024 aconteceria a interdição total e fechamento dos manicômios (TJMG, 2023d. p. 3-4).

A questão da territorialidade foi abordada com a necessidade de extensão do PAI-PJ para todo o estado, pois mesmo a cidade de Barbacena tendo sido referência nas tratativas sobre hospitais psiquiátricos e saúde mental, experiências de outros municípios seriam interessantes

para agregar qualidade no processo de desinstitucionalização no estado de Minas Gerais. Ainda, citada foi a ocorrência exitosa anterior à Resolução 487/2023 do CNJ de parceria do município de Barbacena com o PAI-PJ em que, em 14 anos, as pessoas acolhidas cuidadosamente do manicômio judiciário foram acompanhadas e não tiveram nenhuma reinternação, nem em hospitais, nem no manicômio (TJMG, 2023d. p. 5).

De posse da informação trazida pela SEJUSP de que havia, naquela ocasião, 141 (cento e quarenta e uma) pessoas no manicômio judicial, discutiram a necessidade de se pensar a desinstitucionalização dessas pessoas, a partir da construção de um projeto terapêutico singular e autonomia de trabalho das equipes empenhadas nesse processo, tendo essas equipes o foco voltado também para onde essas pessoas irão, articulando a saída do manicômio e a rede do território para onde vão. Outras pontuações versaram acerca do levantamento de outras possibilidades de residências para aqueles que possuem vínculos familiares rompidos (TJMG, 2023d. p. 6).

Foram lembradas as pessoas que não possuem diagnóstico ou acompanhamento prévio de algum transtorno psíquico e que talvez esteja no sistema prisional. Para identificação dessas outras pessoas, foi sugerido que fosse feito um levantamento daqueles que assinaram termos para poderem receber medicação psiquiátrica e verificação se estão recebendo a devida atenção, haja vista a possibilidade de agravamento da condição psíquica em casos de falta de acompanhamento especializado (TJMG, 2023d. p. 6).

Por fim, foi apresentado pela representante do PAI-PJ, um esboço do fluxo de desinstitucionalização das pessoas que estão no manicômio judiciário, em Barbacena:

Etapa I - Planejamento da ação de desinstitucionalização de pacientes judiciários no sistema prisional

1. Censo dos pacientes judiciários com medida de segurança de internação, a ser realizado pelo Programa de Atenção Integral ao paciente Judiciário (PAI-PJ), Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública (SEJUSP) e Central de Execução de Medidas de Segurança 4.0 (CEMES) com informações sobre o território de origem e vínculo sociofamiliar, e compartilhamento das informações entre as instituições envolvidas para alimentação e atualização dos dados em tempo real; (em curso, sendo finalizado);
2. Mapeamento das redes existentes nos territórios de origem, com informações sobre macro e microrregiões de saúde e de assistência social, a ser realizado pela Secretaria de Estado de Saúde (SES) e pela Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social (SEDESE), com compartilhamento das informações entre as instituições envolvidas para alimentação e atualização dos dados em tempo real (em curso, sendo finalizado);
3. Montagem, pelo PAI-PJ, de roteiro para as ações nos territórios de origem dos pacientes judiciários, por região de saúde e elaboração de cronograma de ações (em curso, sendo finalizado).

Etapa II – mutirão

A ser realizado pelas equipes dos núcleos regionais do PAI-PJ juntamente com o núcleo supervisor do PAI-PJ, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) municipais e regionais,

Regionais de Saúde (SES) e Assistência Social (SEDESE), Programa de Inclusão Social de Egressos do Sistema Prisional (PrEsp) (onde houver), representantes do Fórum Mineiro de Saúde Mental e da Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais (ASUSSAM).

1. Ações no manicômio:

1.1 Atendimentos (realizados por assistentes sociais e psicólogos, visando escutar cada paciente e recolher elementos sobre a situação clínica e vínculos sociais) - (possibilidade de iniciar em outubro de 2023);

1.2 Discussões de caso (envolvendo equipes do PAI-PJ, manicômio judiciário e redes dos territórios de origem);

1.3 Registro de informações para elaboração de relatório.

2. Ações no território:

2.1 Mobilização e contatos com as redes dos territórios;

2.2 Visita aos familiares, quando houver;

2.3 Discussão dos casos com a rede ampla do território, para acolhimento nos serviços de saúde mental e assistência social;

2.4 Construção de estratégias de moradia para os pacientes com vínculos rompidos, juntamente com as redes dos territórios, Coordenação Estadual de Saúde Mental e SEDESE.

Etapa III – relatoria

1. Elaboração de relatórios sobre a situação de cada paciente considerando a situação clínica e social para juntar aos autos;

2. Elaboração de relatório final do mutirão (TJMG, 2023d. p. 6-7).

6.5 Quinta reunião

A quinta reunião do CEIMPA aconteceu em 24/10/2023, no auditório do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, localizado à Rua dos Timbiras, nº 1.802, Bairro Lourdes, CEP: 30.140-061, Belo Horizonte – MG, e, nessa ocasião, houve a junção dos dois Grupos de Trabalho para uma discussão coletiva sobre o processo de desinstitucionalização e demonstração dos trabalhos acerca de projetos e fluxos feitos em cada GT.

Após explanação da representante da Coordenação Estadual de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, sobre o fluxograma do funcionamento da Secretaria de Saúde no que diz respeito aos CAPS, suas funcionalidades, especificidades e abrangência no Estado, a territorialidade foi um dos pontos identificados para discussão. Com a extensão territorial do estado e sua divisão em 853 (oitocentos e cinquenta e três) municípios, mesmo cada microrregião contendo algum tipo de CAPS, nem todo o município possui uma referência CAPS para dar continuidade e apoio ao indivíduo desinstitucionalizado (TJMG, 2023e. p. 3).

Ainda durante a explanação, foi trazido à tona o pouco tempo que faltava para o fechamento da porta de entrada para o HCTP e, com um número tecnicamente estável a partir de então, a necessidade de se pensar na saída desses indivíduos até então institucionalizados e seu recebimento não só na rede de atendimento, mas também nos territórios fora do Hospital,

haja vista que parcela desses indivíduos não possui vínculo preservado com a família. Nesse ponto, discutiu-se sobre os SRTs, porém, por se tratar de um recurso utilizado quando todos os outros não tiveram êxito e é voltado para a parcela com vínculo familiar rompido, verificou-se a importância de discussão da pauta com a Subsecretaria de Habitação da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social de Minas Gerais (TJMG, 2023e. p. 3-5).

Em termos gerais, a importância de uma política habitacional foi suscitada durante a reunião, pois a Resolução 487/2023 do CNJ abarca também as pessoas em sofrimento ou com transtornos mentais relacionados ao uso abusivo de álcool ou outro tipo de droga e, no estado, grande parcela da população em situação de rua sofre desses males. Essa ponderação seguiu a lógica de que os indivíduos a serem desinstitucionalizados e que não possuem vínculos para retornarem para seu território de origem, poderão migrar para esse grupo e aumentar os números de uma outra parcela abrangida pela Resolução. Para essa hipótese, indicou-se a possibilidade de estudo da implementação do projeto “Moradia Primeiro”, que segue os moldes norte-americanos e, basicamente, versa sobre a construção de moradias sociais, pautando-se na garantia constitucional de direito de moradia a todos (TJMG, 2023e. p. 5-6).

A questão temporal para o processo de desinstitucionalização também foi citada no debate, haja vista a proposição, em datas anteriores, de mutirão de atendimento para esvaziar o HCTP. A temática da desospitalização *versus* desinstitucionalização ganhou força, uma vez que o mutirão previsto prezava aquela, quando, para efetividade do processo, esta é a mais indicada, segundo membros da área da saúde. Essa indicação se baseia na atenção ao processo, um acompanhamento longitudinal, desde a primeira avaliação até a chegada do indivíduo no território para onde for encaminhado, conhecendo a particularidade de cada um no que diz respeito ao acolhimento e construção de vínculo. Pontuou-se e recomendou-se, então, a importância da equipe de desinstitucionalização mapear o território (quem irá receber o sujeito; bairro/município que será alocado); mapear as RAPS e RAS; pensar nos dispositivos da assistência social (CRAS, CREAS), espaço de convivência e o acolhimento familiar, afirmando-se que o tempo estipulado pelo CNJ não era o suficiente para um serviço de desinstitucionalização efetiva, indagando-se, ainda, qual prazo deveria ser seguido nesse processo, o da Resolução ou o do usuário (TJMG, 2023e. p. 4).

Em termos de estruturação da rede para a desinstitucionalização dos indivíduos, as pontuações versaram sobre a falta de profissionais qualificados e específicos e quantidade insuficiente de instituições que prestem esse apoio, como Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS, haja vista que Centros de Referência de Assistência Social – CRAS são encontrados em todo o território mineiro. Como recomendação, previu-se

inicialmente um mapeamento dos pacientes no HCTP seguindo critérios de território de origem e vínculo familiar e posterior levantamento de quais serviços poderiam ser oferecidos nos territórios desses indivíduos para que se pudesse pensar nos próximos passos a serem tomados para efetivação do processo de desinstitucionalização desses indivíduos (TJMG, 2023e. p. 6).

6.6 Sexta reunião

O sexto encontro do CEIMPA aconteceu no dia 07/12/2023 no auditório da EJEJ na cidade de Belo Horizonte. Iniciou-se a reunião com a observação da previsibilidade orçamentária do processo contido nas tratativas da política antimanicomial a ser implementada, uma vez que, segundo o membro do TJMG naquela ocasião, a Resolução 487/2023 do CNJ vai de encontro à lei 10.216/2021, sendo que esta redireciona o modelo assistencial em saúde mental, enquanto aquela abarca de maneira geral essas diretrizes e prioriza a desinstitucionalização dos indivíduos (TJMG, 2023f. p. 2).

A representante da Secretaria de Saúde questionou à Coordenadora do CEIMPA sobre a responsabilidade do processo de desinstitucionalização, ressaltando que a SES, de maneira individual, não teria condições de operacionalizar esse processo, mesmo trabalhando internamente para viabilizar isso da melhor maneira possível, principalmente pela dificuldade de contratação de profissionais pela Secretaria.

A representante do PAI-PJ, baseando-se em experiência já acontecida no ano de 2020, trouxe a hipótese de trabalhar o processo de desinstitucionalização a partir da identificação no HCTP dos pacientes que possuam vínculo familiar preservado e, em conjunto com a RAPS, atuassem nesses casos. As hipóteses de vínculos rompidos ficariam a comando de equipe própria de desinstitucionalização que ainda precisaria ser composta. Ainda trouxe o PAI-PJ esclarecimentos sobre a proposta de formação dessas frentes profissionais, ressaltando que o estabelecimento de convênios entre poderes Executivo e Judiciário, por meio de junção esforços do TJMG, SES-MG e Ministério da Saúde – MS, seria a opção mais demorada, haja vista que trabalharia com a cessão de funcionários para comporem equipes, sendo a estruturação de uma equipe temporária de desinstitucionalização algo mais célere e pontual, mesmo compreendendo as dificuldades de contratação de equipe por parte dos Poderes Executivo e Judiciário (TJMG, 2023f. p. 3).

Os trabalhos de levantamento de dados através de censo dependeriam da atuação das equipes formadas para o processo de desinstitucionalização, conforme suscitado, contudo, nessa ocasião, o TJMG ainda não havia autorizado as contratações temporárias. Para tanto,

visando agilizar o processo, a Coordenadora do CEIMPA solicitou à SES/MG que oficializasse essa necessidade de contratação para o TJMG, salientando a SES/MG a todos que esse pedido seria feito, porém também deixando claro que devido essas dificuldades de contratação, o seu tempo talvez não corresponderia à urgência da demanda a ser realizada (TJMG, 2023f. p. 3-4).

Encerrando o encontro, ficou estabelecida a criação do fluxo de análise dos pacientes do HCTP nos moldes feitos em 2020, ficando o PAI-PJ e a SES/MG com os casos de vínculos preservados e grupo de desinstitucionalização a ser formado com os demais casos; assim como a urgência de confecção de Plano de Desinstitucionalização das Pessoas com Problemas de Saúde Mental em Conflito com a Lei de Minas Gerais para que o processo se tornasse mais claro e efetivo e; encaminhamento de uma articulação conjunta entre SES/MG, SEJUSP/MG e SEDESE/MG com base nas informações que serão levantadas para o processo de desinstitucionalização, para que possa ser apresentado um plano de ação oriundo da discussão desse grupo intersetorial, tornando o processo mais acessível do ponto de vista de prazos, recursos humanos e demais instrumentos necessários (TJMG, 2023f. p. 4).

Ressalta-se que nesta reunião foi apresentado o Memorial Mineiro de Desinstitucionalização de Pessoas com Problemas de Saúde Mental em Conflito com a Lei e a Resolução 487/2023 do CNJ, documento originário da construção coletiva dos membros presentes no Seminário Mineiro de Desinstitucionalização de Pessoas com Problemas de Saúde Mental em Conflito com a Lei e a Resolução 487/2023 do CNJ que ocorreu em Belo Horizonte entre os dias 08 (oito) e 10 (dez) de dezembro de dois mil e vinte e três. A publicação foi lida e submetida à análise da equipe do Comitê e traz, em seu bojo, basicamente, orientações, sugestões e propostas para a elaboração do Plano Mineiro de Desinstitucionalização das Pessoa com Problemas de Saúde Mental em Conflito.

6.7 Sétima reunião

O Comitê se reuniu novamente no auditório da EJEF, no município de Belo Horizonte, no dia 29/02/2024, para continuidade dos trabalhos atinentes ao processo de desinstitucionalização no estado de Minas Gerais. Como primeiro ato, foi concedida palavra para a representante do Fórum Mineiro de Saúde Mental – FMSM para que apresentasse documento aos membros do CEIMPA, confeccionado juntamente com a Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais – ASUSSAM.

O documento intitulado “Considerações críticas sobre a atuação do Comitê Estadual Interinstitucional no âmbito do Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais” trouxe pontuações

acerca das discussões estabelecidas nas reuniões do Comitê e que, frente ao motivo de sua criação, estava se afastando de sua função precípua, qual seja, “assegurar às pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei o direito a um tratamento digno e humano, em consonância com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira” (ASSUSSAM, FMSM, 2023. p. 1).

Como exemplo desse afastamento, o documento trouxe as hipóteses levantadas nas primeiras duas reuniões do Comitê para dar início ao processo de desinstitucionalização, contrapostas com o aumento do número de pessoas institucionalizadas no HCTP Jorge Vaz e falta de notificação aos órgãos que compõe o CEIMPA da movimentação feita. Esses itens propiciaram esse aumento, bem como o movimento cíclico estabelecido, haja vista que nada de concreto sobre a origem, condição psíquica e social das pessoas, a falta de indicação de recursos para tratamento, entre outros, apontava que nenhum passo efetivo estava sendo dado em direção à desinstitucionalização:

Foram levantadas inúmeras propostas, dentre elas: elaboração de um diagnóstico/censo dos indivíduos em HCTP, utilizando a ferramenta do projeto terapêutico singular para as pessoas com problemas de saúde mental em conflito com a lei; mapeamento da rede de apoio do usuário e família no território; ampliação da Rede de Atenção Psicossocial; garantia do remanejamento do recurso financeiro atualmente alocado nos HCTPs para custeio do processo de desinstitucionalização e fortalecimento da RAPS; estabelecimento de fluxo desde a audiência de custódia até a porta de entrada da RAPS segundo os direitos previstos em lei; implementação urgente de equipes multidisciplinares de desinstitucionalização para atuar no HCTP, com financiamento estadual e/ou federal. Estas propostas foram reforçadas e complementadas pelo Memorial Mineiro de Desinstitucionalização de Pessoas com Problemas de Saúde Mental em Conflito com a Lei, resultante do Seminário Mineiro de Desinstitucionalização de Pessoas com Problemas de Saúde Mental em Conflito com a Lei e a Resolução 487 /2023 do CNJ, ocorrido em novembro de 2023, em Belo Horizonte, MG.

Infelizmente, porém, é preciso apontar a grande distância existente entre o discurso e a prática. Segundo informação da SES-MG, iniciamos o ano de 2024 com cerca de 150 pessoas no Jorge Vaz: em 6 meses, houve um aumento de 38% do número de pessoas institucionalizadas!

Um dos motivos utilizados para justificar o aumento da institucionalização, segundo consta na ata de outubro, é o acordo estabelecido entre o Tribunal de Justiça e a Secretaria de Segurança de Minas Gerais, no sentido de internar no HCTP Jorge Vaz todas as pessoas em cumprimento de medida de segurança que se encontram em unidades prisionais. Essa decisão foi tomada à revelia dos movimentos sociais e do próprio PAI-PJ (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário) que, como consta em ata de agosto, haviam solicitado o encerramento definitivo dessas transferências. Soma-se a isso a denúncia de que, mesmo em comarcas que contam com RAPS incluindo serviços de atenção às urgências 24 horas e equipes de PAI-PJ, continuam ocorrendo solicitações de internação no manicômio judiciário por alguns juízes (ASSUSSAM, FMSM, 2023. p. 1-2).

Após leitura do documento supramencionado, foi aberta oportunidade para discussão sobre ele e, inicialmente, o membro da Defensoria Pública – DP/MG disse haver vislumbrado

avanço nessas transferências dos indivíduos institucionalizados para o HCTP, pois dessa forma permitia um melhor mapeamento dos indivíduos e o início do processo de desinstitucionalização de forma concentrada. Nesse quesito, a representante do FMSM argumentou que o problema desse evento foi a falta de discussão coletiva sobre em qual instituição se iniciaria o processo de desinstitucionalização desses indivíduos, se nas próprias unidades prisionais ou no HCTP, contrariando, assim, a lógica democrática do CEIMPA (TJMG, 2024a. p. 2).

Encerrados os comentários concernentes ao documento lido, foi dada continuidade à discussão das demandas estabelecidas na última reunião. Iniciou-se, basicamente, com os contatos estabelecidos pela SES à SEDESE e SEJUSP buscando compreensão do tema e tomada de decisões, bem como foi apontada a necessidade de diagnóstico por parte da SEJUSP sobre a quantidade de pacientes judiciais que se encontravam sob a administração prisional; e encaminhamento CEMES para SES de lista com cento e oitenta nomes de pacientes que são atendidos por eles, com qualificação completa e indicação territorial e se possui ou não vínculos familiares rompidos (TJMG, 2024a. p. 3).

Essa reunião foi marcada pela apresentação do PAI-PJ sobre o primeiro levantamento de dados e tentativa de viabilidade de atendimentos nos territórios que receberão os pacientes judiciais. Do universo de 177 (cento e setenta e sete) pacientes em cumprimento de medida de segurança internados no HCTP, foi feito um recorte com 20 (vinte) dos 61 (sessenta e um) pacientes acompanhados pelo PAI-PJ. Esses vinte possuíam vínculos familiares na região do sul de Minas, mais precisamente nas cidades de Andradas, Poços de Caldas e Pouso Alegre, e neles foi realizada uma análise de assistência social, não clínica.

As ações realizadas pela equipe do PAI-PJ nessa oportunidade consistiram em: contato telefônico com familiares e redes locais, visita domiciliar aos familiares e reunião com a RAPS e equipamentos da Assistência Social dos municípios escolhidos. Desse contato, realizado entre 26 e 28/02/2024 nas cidades, a equipe pôde auferir qual seria o melhor método de tratamento para dar continuidade no território de origem ao processo de desinstitucionalização de cada paciente. Em termos efetivos, viabilizaram quais tinham possibilidade de serem acolhidos pela própria família, em casa própria, moradias assistidas ou residências terapêuticas; quais tinham ou não autonomia; quais possuíam acolhimento integral ou parcial da família ou não teria esse apoio; e quais possuíam histórico de dificuldade de adesão ao tratamento (TJMG, 2024a. p. 9-19).

Esse levantamento reforçou, segundo os membros do PAI-PJ, a delicadeza que o processo de desinstitucionalização possui, principalmente nesse retorno ao seu território de

origem, sendo de suma importância sua vinculação ao CAPS, independente do seu estado de saúde mental. Pontuou-se que, no caso em questão, os vinte pacientes atendidos possuíam condições de se tratarem na modalidade ambulatorial, desde que lhes fosse possibilitado a esses pacientes as condições adequadas, salientando, assim, a necessidade de formação continuada junto aos profissionais da rede de saúde mental e da integração dos serviços e dos profissionais do SUS, desde a atenção primária até a secundária (TJMG, 2024a. p. 4).

Após a apresentação do PAI-PJ desse primeiro movimento rumo à execução da desinstitucionalização em Minas Gerais, esclarecimentos foram feitos de maneira geral e retomado o assunto da necessidade de integração e qualificação dos profissionais envolvidos no processo. Diante disto, membro do PAI-PJ informou que curso estava sendo oferecido aos magistrados sobre a Política Antimanicomial por meio da EJEJ e sugeriu a elaboração de um Plano de Ensino que contenha pontos em comum, de forma que os profissionais do Poder Judiciário, do Poder Executivo, do Ministério Público e da Defensoria Pública possam compartilhar do mesmo conhecimento sobre a Política Antimanicomial a partir das suas respectivas escolas de formação (TJMG, 2024a. p. 5).

6.8 Oitava reunião

Acontecida em 25 de julho de 2024, no auditório da EJEJ, esta reunião do CEIMPA trouxe a apresentação do fluxo da porta de entrada, através da Central de Audiência de Custódia (CEAC). O fluxo prevê: ao ser preso em flagrante, e após a realização dos exames cautelares no Instituto Médico Legal – IML e do atendimento realizado pelo Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada (APEC), é feita uma classificação do custodiado para saber se ele é portador de sofrimento psíquico. Caso não seja, segue-se o fluxo ordinário da audiência de custódia. Caso contrário, ou seja, se for uma pessoa portadora de sofrimento psíquico, segue-se o fluxo criado nas diretrizes da desinstitucionalização.

Esse fluxo é seguido pelo atendimento do PAI-PJ para auferir se o custodiado tem ou não condições de seguir para a audiência de custódia. Nos casos em que não haja a possibilidade de continuidade, o custodiado é encaminhado diretamente para a Rede de assistência, acompanhado pelo PAI-PJ e pela EAP para que enquanto essa situação de crise é tratada, o seu PTS seja confeccionado e, quando a crise for manejada, retorna-se para a audiência de custódia, dando prosseguimento aos demais passos. Os passos que se seguem são os mesmos para aqueles custodiados que, identificados como portadores de sofrimento mental, tenham condições para passarem pela audiência de custódia.

Garantidos pelo aporte constitucional do direito à defesa, realizada a audiência de custódia, dois caminhos podem ser tomados: o da necessidade de realização de exame pericial de insanidade mental que, caso dê positivo, encaminha o usuário diretamente para tratamento em saúde mental, assistido pelo PAI-PJ e EAP, direcionado para RAPS e CAPS para viabilidade do tratamento mais adequado e; a continuidade dos trâmites judiciais, com determinação de prisão preventiva, relaxamento, liberdade provisória sem ou com medida cautelar, prisão domiciliar, contudo com atendimento posterior do PAI-PJ, verificando a necessidade de tratamento em saúde mental, atuação da EAP e encaminhamento para RAPS e CAPS para o direcionamento adequado. Salienta-se que, em ambos os casos, após efetivo tratamento, os usuários deverão ser reavaliados para se auferir a necessidade da continuidade do tratamento em saúde mental (TJMG, 2024b. p. 8).

Após pontuações e questionamentos acerca do fluxo, evidenciou-se a necessidade da garantia da segurança e integridade física do usuário encaminhado pelo Poder Judiciário que acessará os serviços da RAPS e, para tanto, foi obtida como resposta pelo CEIMPA que os protocolos atinentes ao acesso desses usuários à RAPS deverão ser tratados pelas respectivas secretarias de Estado (SEJUSP e SES). Ao estabelecer esses procedimentos para o correto encaminhamento daqueles que se encontram no sistema penitenciário e alinhados os referidos protocolos, a necessidade de realização de um Termo de Cooperação Técnica é enfatizada (TJMG, 2024b. p. 2). Após explanação das devidas considerações acerca do fluxo apresentado, ele foi aprovado e validado pelos membros do CEIMPA.

Ainda, a oitava reunião foi marcada pela apresentação do PAI-PJ sobre a segunda etapa do projeto piloto aplicado no Sul de Minas Gerais, cuja apresentação dos levantamentos iniciais ocorreu na reunião de 29 fevereiro de 2024.

Nessa ocasião, houve atualização de dados gerais concernentes aos pacientes em cumprimento de medida de segurança internados no HCTP – Jorge Vaz: em fevereiro de 2024 havia 177 pacientes no local, mas em junho de 2024 o número diminuiu para 167, devido à desinternação de 15 pacientes nesse período, diminuindo também o quantitativo daqueles assistidos pelo PAI-PJ, de 61 para 55. As ações *in loco* continuaram sendo pautadas no contato telefônico com familiares e redes locais após visitas e reuniões e, no caso em questão, os levantamentos de viabilidade de serviços, possibilidade de acolhimento familiar e suporte da Rede foram realizados com profissionais da RAPS e assistência social e rede hospitalar dos municípios de Campestre, Poço Fundo e Itamonte para atendimento aos pacientes e discussão com a equipe técnica, cujos relatórios foram anexados aos processos dos respectivos pacientes (TJMG, 2024b. p. 15).

A reunião contou com a pontuação do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais – COSEMS/MG, acerca das diretrizes atuais de proibição do uso do tabaco nas unidades prisionais e preocupação com os pacientes do HCTP – Jorge Vaz em relação a isso, haja vista a particularidade deles e por haver relatos de casos de 04(quatro) autoextermínios no ano de 2015 quando a SEJUSP, em uma outra ocasião, havia proibido também o uso de tabaco em unidades prisionais. O registro da demanda foi feito e solicitado que, dada a fragilidade do público do HTCP, constasse em Nota Técnica da SEJUSP e SES a particularidade do caso levantado.

Outrossim, foi apresentado pelo Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e Socioeducativo (GMF) e PAI-PJ, documento de informes e esclarecimentos em que consta, de maneira cronológica, os trâmites judiciais mineiros e nacionais acerca dos procedimentos previstos pela Resolução 487/2023 do CNJ, principalmente no que diz respeito aos prazos estabelecidos para fechamentos parcial e definitivo dos HTCPs e suspensão deles:

INFORMES E ESCLARECIMENTOS:

- 10/04/2024: Publicação da Portaria Conjunta nº 1.540, de 05 de abril de 2024, que dispõe sobre a interdição parcial do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Jorge Vaz, em Barbacena, e do Centro de Apoio Médico e Pericial - CAMP, em Ribeirão das Neves;
- 23/05/2024: O Ministério Público do Estado de Minas Gerais impetrou Mandado de Segurança no qual requereu a “imediata concessão de liminar, para fins de suspender os efeitos da Portaria Conjunta nº 1540/PR/2024, até final apreciação do mérito”. E “no mérito, a concessão da segurança para o fim de cassar e declarar nula a Portaria nº 1540/PR/2024”;
- 24/05/2024: O Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, por meio da Desembargadora Relatora do caso, deferiu o pedido liminar para “suspender os efeitos da Portaria Conjunta nº 1.540/PR/2024, bem como para determinar que, no prazo de 30 (trinta) dias, o Tribunal de Justiça, com a participação dos Juízos das Execuções Penais das Comarcas envolvidas e em conjunto com o Poder Executivo, Ministério Público e Defensoria Pública, elabore estudo e apresente plano estratégico e detalhado para implementação integral da política antimanicomial estabelecida na Resolução 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça”;
- 21/06/2024: Publicação da Portaria Conjunta nº 1.564, de 20 de junho de 2024, que “suspende os efeitos da Portaria Conjunta da Presidência nº 1.540, de 5 de abril de 2024, que “Dispõe sobre a interdição parcial do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Jorge Vaz, em Barbacena, e do Centro de Apoio Médico e Pericial - CAMP, em Ribeirão das Neves”, “até que seja elaborado o plano estratégico e detalhado envolvendo outros órgãos do sistema de justiça, para implementação integral da política antimanicomial estabelecida na Resolução Conselho Nacional de Justiça - CNJ nº 487, de 15 de fevereiro de 2023”;
- 21/06/2024: Acerca da decisão liminar da Desembargadora Relatora, o Ex-Presidente do TJMG, Desembargador José Arthur de Carvalho Pereira Filho, solicitou providências cabíveis à Coordenação-Geral do PAI-PJ. Em resposta, foi informado sobre o histórico e a relevância da implementação da Política Antimanicomial no Brasil, dando ênfase no trabalho desempenhado pelo PAI-PJ há 24 anos no TJMG, bem como sobre a importância dos pacientes judiciais serem acolhidos e acompanhados pelos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial. Ressaltou-se ainda que 16 de maio de 2023, foi instituído o Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário do Estado

de Minas Gerais (CEIMPA-MG), responsável por construir de forma coletiva o processo de implementação da Política Antimanicomial no estado, conforme determina o artigo 20, VI, da Resolução CNJ nº 487/2023.

➤ 25/06/2024: Decisão da Medida Cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 1.076, no qual o Partido União Brasil requereu a suspensão liminar dos efeitos da Resolução CNJ nº 487/2023. Em decisão, o Ministro Edson Fachin “indeferiu o pleito liminar, devendo ser garantida a prorrogação dos prazos previstos nos artigos 16 a 18 da Resolução CNJ nº 487/2023 quando comprovadamente necessário e conforme análise a ser realizada pelo Conselho Nacional de Justiça” “em necessário diálogo com os entes federados” (GMF, PAI-PJ, 2024 in TJMG, 2024b. p. 5-6).

6.9 Nona reunião

O nono encontro do CEIMPA ocorreu em 10/10/2024, no auditório da EJEJF, e tinha como objetivo previsto na reunião anterior, a apresentação do projeto piloto de desinstitucionalização criado pela SES/MG e a apresentação pela coordenação do CEIMPA/MG do “Fluxo de internação provisória” e do “Fluxo de desinstitucionalização”.

A apresentação do projeto piloto de desinstitucionalização criado pela SES/MG iniciou-se com um breve histórico dos fatos e atos praticados pela referida Secretaria desde a criação do CEIMPA. Desde março de 2024 houve a priorização de se trabalhar com os pacientes institucionalizados que estavam no HCTP – Jorge Vaz que atendessem aos critérios estabelecidos entre SES e PAI-PJ e pudessem ser destinados para SRTs. Ainda, foi informado que 18(dezoito) pessoas convocadas através de Processo Seletivo Simplificado (PSS), entrariam em exercício em 14/10/2024 e comporiam as 03(três) equipes de EAP para atendimento em todo o estado de Minas Gerais.

Entretanto, as informações passadas pela SES geraram surpresa e questionamentos diversos dos membros do Comitê, principalmente acerca do quantitativo muito baixo para atender à demanda de todo o estado, assim como acerca de competências e metodologia de trabalho dessas EAPs.

Frisou-se que as EAPs não possuem característica assistencial e que, apesar da previsão de trabalho conjunto com o PAI-PJ, elas fossem implantadas, em caráter inicial, naqueles locais onde, ainda, o PAI-PJ não alcança. Identificou-se também que o “gargalo” da desinstitucionalização no estado de Minas Gerais está versando sobre os casos de pacientes que possuem situação jurídica favorável, mas não possuem assistência familiar e, portanto, precisarão de SRTs, ao passo que os casos em que os pacientes estão com situação jurídica favorável e têm amparo familiar, estão sendo desinstitucionalizados.

A SES justificou o número baixo de profissionais a comporem as EAPs, em um primeiro momento, ao financiamento do Ministério da Saúde apenas para a composição de duas equipes

no estado e, num segundo momento, ao projeto ser um piloto e que é passível de outras contratações para aumento do efetivo. Pontuou, ainda, a questão da impossibilidade de atuação segmentada e direcionada a algumas regiões de Minas Gerais, uma vez que as diretrizes da instituição dos serviços de saúde pelo SUS não permitem esses fatores.

Ademais, acerca dos questionamentos levantados na reunião sobre os SRTs, visualizou-se que a maior dificuldade de sua implementação é devida aos trâmites com os municípios, principalmente ao fato deles precisarem anuir com a implantação do serviço, apesar deste não ser a única alternativa nesses casos.

Ao fim da reunião, foi deixada a apresentação dos fluxos do CEIMPA para a reunião seguinte e aprovada a sugestão de criação de duas comissões internas no próprio CEIMPA, com um representante de cada órgão ali presente, para acompanhamento de casos emergenciais e estabelecimento de diretrizes a longo prazo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta deste trabalho foi analisar as discussões sobre o processo de desinstitucionalização, previsto na Resolução 487/2023 do CNJ, a ser implementado no estado de Minas Gerais. A análise prevista ocorreu através da participação nas reuniões do CEIMPA e pelo conteúdo das atas de reunião e demais documentos produzidos ao longo desses encontros.

Desta análise, inicialmente se verificou a complexidade da temática e do amoldamento das diretrizes dispostas pela Resolução às realidades do estado de Minas Gerais. Esses pontos podem ser visualizados na falta de efetiva produção documental por parte dos entes envolvidos, mesmo subdivididos em Grupos de Trabalho, no início das reuniões, pontuada e documentada ao longo da execução dos trabalhos também. Nas quatro primeiras reuniões, compreendidas entre junho e setembro do ano de 2023, as discussões pairaram ciclicamente em torno de pontuação das dificuldades envolvidas no processo, seja na sua implementação, quanto na fiscalização, tendo sido levantadas: discussão de fluxos de portas de entrada e saída; necessidade de qualificação de profissionais; problemática acerca da extensão territorial do estado; conflito interno de ações do Judiciário ao ocupar, através de decisões cíveis, vagas hospitalares destinadas aos pacientes judiciários ou pessoas com sofrimento psíquico em crise e cobrança de celeridade de atos, mas sem o devido incentivo financeiro, por exemplo, além de outras ponderações. Apesar desses debates nos meses em comento, num momento inicial, não houve proposta direta para solução desses entraves.

As reuniões que se seguiram foram conjuntas, ou seja, os GTs se reuniram para que fossem apresentados os levantamentos e resultados discutidos internamente em cada segmento. Apesar de ter trazido um panorama geral de funcionamento da Secretaria de Saúde, através da apresentação de fluxograma e divisão da RAPS em Minas Gerais, e sido discutidas as questões habitacionais que a Secretaria de Estado e Desenvolvimento Social poderia contribuir nesse processo de desinstitucionalização, a quinta reunião evidenciou fatores preocupantes e que elevaram os ânimos dos presentes.

Desenhou-se um aparente conflito ideológico e procedimental entre representantes dos órgãos assistenciais e de saúde em face dos do Judiciário. Essa situação se originou devido à cobrança de celeridade do Judiciário no processo de cumprimento dos prazos previstos pela Resolução, o que levou aos questionamentos acerca da desospitalização e desinstitucionalização. Conforme demonstrado, basicamente, a desospitalização consiste apenas na retirada do paciente da instituição em que se encontra internado/acautelado, enquanto a desinstitucionalização é a desospitalização cercada de garantias e acompanhamentos que

preveem a não reinternação/reincidência desse paciente. A previsão da Resolução 487/2023 do CNJ é trabalhar a desinstitucionalização, contudo, diante das particularidades de cada paciente, esse processo não é previsível, principalmente em relação ao tempo de efetivo sucesso dele, o que leva os profissionais analisarem cautelosamente cada caso para evitar reincidências.

As discussões tomaram corpo de efetivo início de implementação no fim do sexto encontro, pois nele foi estabelecido que o fluxo de análise de pacientes aconteceria com a identificação daqueles no HCTP que possuísssem vínculos preservados, ficando esses casos a cargo do PAI-PJ e da SES/MG, enquanto os demais seriam responsabilidade do grupo de desinstitucionalização ainda a ser formado. Essa meta foi cumprida dois meses depois, na sétima reunião.

O montante de pacientes em cumprimento de medida de segurança no HCTP, em fevereiro de 2024, era de 177. Nesse universo, 61 eram acompanhados pelo PAI-PJ. Pontuando as questões territoriais e de acompanhamento do PAI-PJ, principalmente, chegou-se a um grupo de 20 indivíduos para análise e levantamento *in loco* das alternativas que melhor se adequariam ao caso de cada um deles. Esse foi o primeiro ato que ultrapassou os limites das reuniões do CEIMPA e gabinetes das demais secretarias e que obteve como resultado a noção das realidades de cada região que receberia esses pacientes, seus limites e prospecções, além de distanciar a temática da teoria, aproximando-a um pouco mais da prática. A necessidade de individualização de atos concernentes ao processo foi evidenciada com mais clareza, fazendo o grupo discutir o que outrora fora levantado acerca dos prazos estabelecidos para o fim do processo.

Ademais, outro ponto já levantado, qual seja, a necessidade de reforço do material humano e sua qualificação para lida nesse delicado processo, além de ter sido novamente evidenciado, trouxe informação positiva que foi sugerida para ser aplicada pelos outros órgãos, até de maneira intersetorial: o PAI-PJ já estava fornecendo curso aos magistrados sobre a Política Antimanicomial por meio da EJEF, a Corregedoria-Geral de Justiça mobilizando-se para garantir a formação e devida orientação aos magistrados também acerca do fluxo da porta de entrada dos usuários, através das audiências de custódia, e a Gerência da Rede Municipal de Saúde Mental de Belo Horizonte informou sobre a capacitação de seus servidores para atuação frente aos usuários com sofrimento mental, capacitação esta realizada em parceria com a Fiocruz.

Necessário pontuar que, até a conclusão desse trabalho, a Ata da IX reunião do CEIMPA e o documento de apresentação do projeto piloto de desinstitucionalização da SES/MG não haviam sido disponibilizados, sendo as informações contidas o tópico 6.9 do capítulo anterior obtidas por anotações próprias feitas durante a reunião.

Assim sendo, após participação em reuniões, realização de visitas, análises e discussões realizadas no CEIMPA, até o encerramento deste estudo, em termos de produção efetiva e, em construção para a desinstitucionalização dos pacientes judiciários no estado de Minas Gerais, evidenciam-se os seguintes encaminhamentos:

- Mapeamento de dados de todos os 167 (cento e sessenta e sete) pacientes judiciários do HCTP – Jorge Vaz;
- Fluxo de Porta de Entrada MG - Central de Audiência de Custódia – apresentado em 25/07/2024 e aprovado;
- Proposição de um projeto piloto de desinstitucionalização proposto pela Secretaria de Estado de Saúde – apresentado em 10/10/2024 e em análise, haja vista necessidade de definição/reformulação de área de atuação, competências e baixo efetivo, a princípio, de servidores contratados para composição de EAPs para atender todo o estado de Minas Gerais;
- Implementação de um projeto piloto do PAI-PJ de desinstitucionalização do HCTP e CAMP – apresentação e início em fevereiro de 2023 e em implantação, sendo o público-alvo os pacientes do HTCP – Jorge Vaz, iniciando o processo com aqueles cuja rede assistencial e de amparo está na região escolhida para a fase inicial, o Sul do estado;
- Fluxo de internação provisória por medida judicial – apresentado e em implementação, aguardando efetiva composição das EAPs pois, dependendo da avaliação do CAPS e da autoridade judicial envolvida, faz-se necessário acompanhamento direto pela EAP;
- Qualificação de profissionais para tratativas de implementação das diretrizes da Resolução 487/2023 do CNJ – em construção, sendo, até o momento, os magistrados do Estado e funcionários da Rede Municipal de Saúde Mental de Belo Horizonte os primeiros a receberem orientações de equipe técnica, respectiva à cada órgão, acerca das mudanças e novos procedimentos adotados. Há sugestão de qualificação de todos os envolvidos através das contribuições intersetoriais oferecidas entre os órgãos presentes nesse processo.

Sabe-se que determinados processos trazem consigo particularidades a serem levadas em consideração durante sua implementação, principalmente quando a previsão do seu alcance é muito extensa e envolve mudanças comportamentais e institucionais. Gabriela Lotta (2019), pontua esse cuidado:

Como sabemos, todo desenho institucional de uma política pública traz embutido em si uma expectativa de gerar comportamentos dos agentes que serão por ela afetados. A formulação, portanto, é o momento em que se explicitam as racionalidades, as teorias de causa e efeito e os resultados esperados do desenho institucional em apreciação. Frequentemente, porém, políticas públicas são bem-sucedidas em alguns de seus objetivos, mas não em outros ou, ainda, apresentam resultados variados a

depende do contexto ou do lugar da implementação. Parte desse problema está relacionado à complexidade inerente a processos de implementação de políticas públicas (Lotta, 2019. p. 41)

O processo de desinstitucionalização determinado pela Resolução 487/2023 do CNJ, no que tange a sua implementação nos estados da Federação, exemplifica as pontuações, justificativas e ponderações feitas pelo CEIMPA em Minas Gerais. Como o próprio nome diz, o órgão é um comitê formado por todos aqueles que, de uma forma ou de outra, estão envolvidos no processo de desinstitucionalização. A “morosidade” por vezes pontuada ao longo desse trâmite, excetuando-se as burocracias legais envolvidas em alguns casos, pode ser vista também como cautela, haja vista que essas discussões acarretarão em resultados que carregam uma parcela de imprevisibilidade. Tratando-se do manejo de vidas humanas nesse processo, imprevisibilidade não é um item bem-vindo e bem visto.

A questão de celeridade de atos por vezes exigida, em confronto com as singularidades do público-alvo, foi respondida legalmente com a publicação da Portaria Conjunta nº 1.564/PR/2024, de 20 de junho de 2024. Essa Portaria determinou a suspensão dos efeitos da Portaria anterior, de abril de 2024, que fechava a porta de entrada, vedando novas admissões de pacientes para cumprimento de internação provisória ou de internação decorrente de medida de segurança com sentença transitada em julgado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e no Centro de Apoio Médico Pericial até que fosse elaborado o plano estratégico e detalhado envolvendo outros órgãos do sistema de justiça, para implementação integral da política antimanicomial estabelecida na Resolução CNJ 487/2023 (TJMG, 2024).

Apesar de o fechamento da porta de entrada ser uma previsão da Resolução originária, a sua prorrogação inicial e, posteriormente, a sua suspensão novamente reflete a complexidade dessa implementação. Por exemplo, as atas de reunião do CEIMPA registram mais de 23 (vinte e três) instituições envolvidas nas discussões do processo de desinstitucionalização no estado, cada uma em um nível de interferência, direta ou indiretamente.

Para praticamente todos os envolvidos nesse processo, seja enquanto representante de órgãos, sobrevivente da rede ou beneficiário desse processo, essa Resolução representa o mais novo despertar para a luta antimanicomial, cujo último marco representativo e mobilizador de cunho nacional aconteceu há mais de vinte anos atrás com a publicação da Lei 10.216/2001.

A cena mineira sempre esteve em evidência quando se tratava da temática de pessoas com sofrimento mental. Dando as devidas considerações para os movimentos e implementações legais internas que favoreceram a instituição de algumas diretrizes, em sua maioria, a imagem da referida temática é associada ao histórico de sofrimento relatado naquele que foi o maior

hospício do Brasil, o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, mais conhecido apenas como Colônia. Por essa perspectiva, entende-se a tentativa do Estado, através do processo em tela, ser precursor no processo de desinstitucionalização, dando um retorno à sociedade da omissão que outrora cometera.

Externalizou-se neste trabalho, mesmo que parcialmente, as fases e faces do processo de desinstitucionalização no estado de Minas Gerais. Muitos encaminhamentos estão em curso e outros tantos necessitam de implementação para o atendimento por completo dos objetivos da Resolução em tela. A partir deste estudo, torna-se possível demonstrar que as dificuldades enfrentadas ao longo do tempo em que ocorreram debates no Comitê possuem origens variadas: extensão territorial do estado de Minas Gerais, quantidade de profissionais para execução dos trabalhos na ponta, conflitos com ordenamentos internos e de competência para execução de serviços, burocracia na liberação de recursos, necessidade de criação de políticas públicas para atender aos casos com maiores singularidades e que não conseguem ser abarcados com aquelas já existentes, entre outros. Fato é que, em que pese sua velocidade, o processo está seguindo seu curso de acordo com alguns prismas, mas rumo a um objetivo comum de desinstitucionalização completa dos pacientes judiciários do estado de Minas Gerais.

Reforça-se que a Resolução 487/2023 trouxe fôlego para a luta antimanicomial e, ao instituir essa nova Política do Poder Judiciário, também encerrou o período catatônico de uma lei plena de sabedoria humanista, dando direito à saúde integral em ambiente terapêutico não asilar, com os meios menos invasivos e a proibição de isolamento compulsório ou de alojamento impróprio para portadores de transtorno mental ou de deficiência psicossocial (Dos Santos, 2023. p. 5). Os esforços coletivos percebidos dão fim à era de equivalência de cumprimento de medidas de segurança à perpetuação de penas, trazendo, para esses usuários, a possibilidade de enxergar uma luz no fim do túnel.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Uma aventura no manicômio**: a trajetória de Franco Basaglia. História, ciências, saúde-Manguinhos, v. 1, p. 61-77, 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/R9QryCkZWQcXCkKCxtsDWdJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 jul. 2024.

AMORIM, Inede Vitória Dias Pereira. **Caminhos da desinternação**: os potenciais impactos de implementação de equipe de avaliação e acompanhamento das medidas terapêuticas no hospital de custódia e tratamento da Bahia. 2021. Disponível em: <https://ri.ucsal.br/server/api/core/bitstreams/8886940e-d0dc-414d-8057-4e451503b045/content>. Acesso em: 13 nov. 2023.

Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais – ASUSSAM; Fórum Mineiro de Saúde Mental – FMSM. Considerações críticas sobre a atuação do Comitê Estadual Interinstitucional no âmbito do Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2023.

BAUMAN, Zigmund. **Vida Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **O modelo assistencial em saúde mental no Brasil**: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, p. 456-468, 2008. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v24n2/24.pdf. Acesso em: 03 jul. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Manual da política antimanicomial do Poder Judiciário**: Resolução CNJ nº 487 de 2023 / Conselho Nacional de Justiça, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Ministério da Saúde; coordenação de Luís Geraldo Sant’Ana Lanfredi ... [et al.]. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2023. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/09/digital-manual-antimanicomial.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2024.

BRASIL. **Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Brasília, 7 de dezembro de 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 08 jul. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 7.508/2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 28 de junho de 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 07 jul. 2024.

BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal no Brasil. Brasília, 11 de julho de 1984. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 03 jul. 2024.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde

mental. Brasília, 6 de abril de 2001. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 02 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial – Raps – no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília. 2022. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_tecnico_raps_sus.pdf. Acesso em: 18 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000**. Brasília, 2000. Disponível em: https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/106_0.pdf. Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 44, de 10 de janeiro de 2001**. Brasília, 2001. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0044_10_01_2001.html. Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 18 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012**. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%20121%2C%20DE%2025,da%20Rede%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Psicossocial. Acesso em: 16 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>. Acesso em: 13 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 18 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em:
http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 04 jul. 2024.

BRASIL. **Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Ministério da Saúde. Brasília, 1992. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf. Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL. **Residências terapêuticas**: o que são, para que servem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2024.

BREUNIG, Felipe Freddo; DA NÓBREGA, Terezinha Petrucia; DE SOUZA MENDES, Maria Isabel Brandão. **Do fechamento às aberturas**: uma fenomenologia do corpo nas práticas de cuidado de um Centro de Convivência e Cultura (CECCO). Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad (RELACES), v. 15, n. 42, p. 77-89, 2023. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9067628>. Acesso em: 13 jul. 2024.

BRITTO, R. C. **A Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01**. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. 2004. 214 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:ixLz5LqDiAMJ:scholar.google.com/+BRITTO,+R.+C&hl=pt-BR&as_sdt=0,5. Acesso em: 09 jul. 2024.

CAMIMURA, Lenir. **Presos com transtorno mental terão atendimento especializado com Resolução**. 2023. www.cnj.jus.br. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/presos-com-transtorno-mental-terao-atendimento-especializado-com-resolucao/>. Acesso em: 08 nov. 2023.

CARDOSO, Jordana Santos *et al.* **Redes de atenção à saúde**: Rede de Atenção Psicossocial RAPS. 2018. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/10279/3/Rede%20de%20Aten%c3%a7%c3%a3o%20Psicossocial%20-%20RAPS.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2024.

CARVALHO, Janisse de Oliveira. **Possibilidades e limites da desinstitucionalização em um Centro de Convivência e Cultura do Distrito Federal**: contribuições para consolidação da política nacional de saúde mental brasileira. 2019. Disponível em: http://www.rlbea.unb.br/jspui/bitstream/10482/34307/3/2018_JanissedeOliveiraCarvalho.pdf. Acesso em: 12 nov. 2024.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. **A mobilização jurídico-política do Movimento Antimanicomial no Brasil**. Revista Direito, Estado e Sociedade, n. 59, 2021. Disponível em: <https://revistades.jur.puc-rio.br/index.php/revistades/article/view/1227/702>. Acesso em: 02 jul. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ. **Recomendação CNJ nº 35, de 12 de julho de 2011**. Dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança. Disponível em: [Recomendação CNJ nº 35 de 12/07/2011 \(normasbrasil.com.br\)](http://normasbrasil.com.br). Acesso em: 19 jul. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ. **Resolução nº 213, de 15 de dezembro de 2015**. Brasília: CNJ, 2015. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao_213_15122015_22032019145102.pdf. Acesso em: 31 ago. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ. **Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023**. Brasília: CNJ, 2023. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2023.

COSTA, Apoena Ranele Cabral da. **Tratamento do paciente judiciário: avanços e limitações após a Reforma Psiquiátrica**. 2020. Disponível em: <https://monografias.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/4287/1/APOENACOSTA.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2024.

COSTA, Humberto. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. OS CAPS E A DEMOCRATIZAÇÃO DO ACESSO EM SAÚDE MENTAL**. Ministério da Saúde. 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 16 jul. 2024.

DE ASSIS, Jaqueline Tavares *et al.* **Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes**. 2014. p. 88-113. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2014/dezembro/1-b-divulgacao-52.pdf#page=90>. Acesso em: 10 jul. 2024.

DE BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni. **Um dispositivo conector-relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte**. *Journal of Human Growth and Development*, v. 20, n. 1, p. 116-128, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19951/22031>. Acesso em: 11 jul. 2024.

DE MACEDO, Ethiará Vieira *et al.* **Rede de Atenção Psicossocial em Minas Gerais: um estudo sobre a cobertura dos CAPS**. 2020. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/33987/1/Dissertac%cc%a7a%cc%83o%20Ethiar%20PDF%20A%20FINAL%20C_IMPRESSA%cc%83O_13_04_2020%20%282%29.pdf. Acesso em: 15 jul. 2024.

DE MIRANDA, Andrea Tourinho P.; BANDEIRA, Vitória Beltrão. **Paciente judiciário: o esforço coletivo na quebra de paradigma**. Tese inscrita perante a Comissão Julgadora do Concurso de Teses do X Congresso Nacional dos Defensores Públicos, com fins de apresentação e defesa no referido encontro. Associação Nacional das Defensoras e Defensores Públicos – ANADEP. Distrito Federal. 2011. Disponível em: <https://www.apadep.org.br/wp-content/uploads/2019/09/Paciente-Judici%C3%A1rio-O-esfor%C3%A7o-coletivo-na-quebra-de-paradigma.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2024.

DE ROLEMBERG FIGUEIRÊDO, Marianna Lima; DELEVATI, Dalnei Minuzzi; TAVARES, Marcelo Góes. **Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil**. Caderno de Graduação-Ciências Humanas e Sociais-UNIT-ALAGOAS, v. 2, n. 2, p. 121-136, 2014. Disponível em:

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/58779018/1797-6052-1-PB-libre.pdf?1554241665=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DCiencias_humanas_e_sociais_Maceio_v_2_n.pdf&Expires=1731528508&Signature=eZ2qLNFbbs2Lna7g5zYchD7HhrJiauEP0UTg2pNQQNp7a17Jwpq1La1slgPavObqFpmAH2zZLrIwOW4aZzlQLBI22V5QT1Daj1TjrGC4wclJuTDA2WZcdCXzvMe3IUd05huGSdtOLDONWJIf9rhzAR9N5VMz8HYwksV6tua9nnB70mil8bGjoU2xIcOeYiyD7s6sZVhuNP17mD2oca3xdvpoaL3qsMoTGoDYYN2ba-jzEAR-NRnikr8BBSnyj8txt519D8LHbtYzDa-GS-BcSXvAJ8QyFsp5Ci8oPUWKA1rszOFHfAa~vb0lcpZHH7vny6jss1y714OZAXUqoGEg_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA. Acesso em: 03 jul. 2024.

DIÓGENES, Fabiana; SANTIAGO, Nestor Eduardo Araruna. **A atuação penal da Defensoria Pública como custos vulneráveis**: uma manifestação do juridismo. Revista Direito e Justiça: Reflexões Sociolegais, v. 21, não. 40, pág. 27-42, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Nestor-Eduardo-Santiago/publication/351823410_A_ATUACAO_PENAL_DA_DEFENSORIA_PUBLICA_COMO_CUSTOS_VULNERABILIS_UMA_MANIFESTACAO_DO_GARANTISMO_JURIDICO/links/60afb4fa92851c168e47d546/A-ATUACAO-PENAL-DA-DEFENSORIA-PUBLICA-COMO-CUSTOS-VULNERABILIS-UMA-MANIFESTACAO-DO-GARANTISMO-JURIDICO.pdf?origin=journalDetail&tp=eyJwYWdlIjoiam91cm5hbERldGFpbCJ9. Acesso em: 12 nov. 2023.

DOS SANTOS, Juarez Cirino. **A lei antimanicomial**: um modelo revolucionário de saúde mental. Boletim IBCCRIM, v. 31, n. 373, p. 5-9, 2023. Disponível em: https://publicacoes.ibccrim.org.br/index.php/boletim_1993/article/view/828/249. Acesso em: 10 out. 2024.

EUGÊNIO, Elaine Aparecida Borges Santana *et al.* **Sentidos do cuidado em Centro de Convivência e Cultura**: o que pensam trabalhadores do interior de Minas Gerais? 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/36146/5/SentidosCuidadoCentro.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2024.

EXNER, Camila *et al.* **Saúde mental infantojuvenil**: estratégias de cuidado em unidade de acolhimento. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, v. 12, n. 31, p. 60-86, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69735/43289>. Acesso em: 19 jul. 2024.

GRUPO DE MONITORAMENTO E FISCALIZAÇÃO DO SISTEMA CARCERÁRIO E SOCIOEDUCATIVO – GMF; PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE JUDICIÁRIO – PAI-PJ *in* TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS, 2024b. **Ata da reunião realizada em 25 de julho de 2024**. Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário no Estado de Minas Gerais (CEIMPA-MG). Belo Horizonte/MG.

GOULART, Maria Stella B. **A construção da mudança nas instituições sociais**: a reforma psiquiátrica. Pesquisas e práticas psicossociais, v. 1, n. 1, p. 1-19, 2006. Disponível em: https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapi/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais...-MSB_Goulart.pdf. Acesso em: 03 jul. 2024.

JÚNIOR, Helvécio Miranda Magalhães. Apresentação em dezembro de 2022. **TUDO SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL**. República.org. Disponível em: [Tudo sobre os serviços de saúde mental no Brasil - República.org \(republica.org\)](https://republica.org.br/tudo-sobre-os-servicos-de-saude-mental-no-brasil). Publicado em 21 nov. 2023. Acesso em 15 jul. 2024.

LIMA, Keila. **Centros de Convivência e Cultura recebem visitas técnicas da Regional de Ubá**. 31 de março de 2023. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/lme/story/18056-centros-de-convivencia-e-cultura-recebem-visitas-tecnicas-da-regional-de-uba>. Acesso em: 18 jul. 2024.

LOTTA, Gabriela Organizadora. **Teorias e análises sobre implementação de políticas públicas no Brasil**. 2019. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/4162>. Acesso em 14 out. 2024.

OLIVEIRA, Lannuzya Veríssimo *et al.* **Assistência às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei: perspectiva de gestores e profissionais de saúde** Abstract. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 33, p. e33029, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2023.v33/e33029/pt>. Acesso em: 04 jul. 2024.

ROSA, D.; BARRANCOS, L.; QUARTIERO, M. F. R.; FREITAS, R. (2022). **Cenário das Políticas e Programas Nacionais de Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/cenario-ieps-cactus/>. Acesso em: 18 jul. 2024.

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. **O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 42, p. 127-134, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/skxLSVThZb3bjP68Ms9NGJg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2024.

TOZZE, Humberto. **Você sabe o que é luta antimanicomial?** Disponível em: <https://www.politize.com.br/luta-antimanicomial-o-que-e/#:~:text=Em%2018%20de%20maio%20em,o%20dia%20de%20Luta%20Antimanicomial>. Acesso em: 27 jun. 2024.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS – TJMG. 2020. **Estrutura e funcionamento do PAI-PJ**. Publicado em 16 de novembro de 2020. Disponível em: <https://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/informes/estrutura-e-funcionamento-do-pai-pj.htm>. Acesso em: 19 jul. 2024.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS – TJMG. 2022. **TJMG inaugura Central de Execução de Medidas de Segurança**. 16/05/2022 09h00 - Atualizado em 16/05/2022 16h32. Disponível em: <https://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/noticias/tjmg-inaugura-central-de-execucao-de-medidas-de-seguranca-8A80BCE580B9FA9C0180CCBE86412B60.htm>. Acesso em: 03 set. 2024.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS – TJMG. 2023. **TJMG participa de seminário sobre saúde mental**. Publicado em 08/11/2023 18h26 - Atualizado em 08/11/2023 20h07. Disponível em: <https://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/noticias/tjmg-participa-de-seminario-sobre-saude-mental-8ACC82D28B9F72CC018BB13145303051.htm>. Acesso em: 03 set. 2024.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS – TJMG. 2023a. **Ata da reunião realizada em 14 de junho de 2023.** Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário no Estado de Minas Gerais (CEIMPA-MG). Belo Horizonte/MG.

_____. 2023b. **Ata da reunião realizada em 13 de julho de 2023.** Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário no Estado de Minas Gerais (CEIMPA-MG). Belo Horizonte/MG.

_____. 2023c. **Ata da reunião realizada em 17 de agosto de 2023.** Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário no Estado de Minas Gerais (CEIMPA-MG). Belo Horizonte/MG.

_____. 2023d. **Ata da reunião realizada em 21 de setembro de 2023.** Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário no Estado de Minas Gerais (CEIMPA-MG). Belo Horizonte/MG.

_____. 2023e. **Ata da reunião realizada em 24 de outubro de 2023.** Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário no Estado de Minas Gerais (CEIMPA-MG). Belo Horizonte/MG.

_____. 2023f. **Ata da reunião realizada em 07 de dezembro de 2023.** Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário no Estado de Minas Gerais (CEIMPA-MG). Belo Horizonte/MG.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS – TJMG. 2024a. **Ata da reunião realizada em 29 de fevereiro de 2024.** Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário no Estado de Minas Gerais (CEIMPA-MG). Belo Horizonte/MG.

_____. 2024b. **Ata da reunião realizada em 25 de julho de 2024.** Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário no Estado de Minas Gerais (CEIMPA-MG). Belo Horizonte/MG.

TUDO SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL. República.org. Disponível em: [Tudo sobre os serviços de saúde mental no Brasil - República.org \(republica.org\)](https://republica.org). Publicado em 21 nov. 2023. Acesso em 15 jul. 2024.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; BANDEIRA, Marina; GONTIJO, Eliane Dias. **Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 57, p. 70-79, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/Z5Hb3Phcg8T3DTchGfxLqSb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 jul. 2024.