

POLÍTICA ANTIMANICOMIAL DO PODER JUDICIÁRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA UNIDADE PSIQUIATRA DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO DO RIO GRANDE DO NORTE

Hilderline Câmara de Oliveira – UnP e Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP)

Franklin Horácio Soares de Castro – Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP)

Natália Mendonça de Paiva – UnP

TEMA: Reformas nas organizações do sistema de justiça

RESUMO

Tendo em vista a extinção da Unidade Psiquiatra de Custódia e Tratamento do Rio Grande do Norte (UPCT), o presente relato de experiência visa refletir a respeito da efetivação da Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Para a efetivação da resolução foram realizadas práticas de gestão tais como: atividades de escuta especializada individuais e coletivas com os pacientes em dependências administrativas dentro dos pavilhões e celas, incluindo aqueles com dificuldade de adesão ao tratamento psicossocial ou que estavam em algum momento de instabilidade psíquica. Houve atenção as demandas sociais dos pacientes relativas à documentação, benefícios financeiros ou outras questões de ordem de acesso à justiça e de garantia de direitos diante da condição de privação de liberdade. Foram realizadas diligências para compreensão da dinâmica e do perfil socioeconômico do contexto familiar do paciente. A experiência já está em processo de implantação desde março de 2023 até o presente momento. Quanto aos resultados esperados e as implicações práticas desta inovação, ressalta-se a importância de o fechamento da UPCT não resultar em uma transinstitucionalização que reproduza o modelo manicomial; destaca-se que está sendo preciso um esforço concentrado de mobilização e articulação integrada para a construção de possibilidades inventivas de residencialidade; curatela; garantia de benefício ou de trabalho e renda; olhar diferenciado no acompanhamento pelas políticas públicas de tratamento e cuidado no território; bem como um eficiente monitoramento e avaliação à medida que for ocorrendo a efetivação da Resolução na prática.

Palavras-chave: política pública de saúde mental, resolução, direitos, acesso à justiça.

1 Introdução

A saúde como direito à população em cumprimento de pena que compõe o sistema prisional brasileiro é respaldada por diversos aparatos legislativos, que respalda as políticas públicas de saúde, tais como, Política Estadual de Atenção Básica à Saúde das Pessoas Privadas



de Liberdade no Sistema Prisional, o próprio Sistema único de Saúde/SUS, a Lei de Execução Penal/LEP, Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional/PNSSP, Carta Magna de 1988.

Diante desse cenário, surge a Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, do CNJ, que determinou a instituição da política antimanicomial do Poder Judiciário, tendo como implicação o fechamento definitivo da UPCT e a obrigação de garantia de um processo de desinstitucionalização para os seus egressos. Isso significa que os pacientes desinternados da UPCT precisam ser reinseridos em modo de vivência comunitária em liberdade, nos seus territórios de referência, amparados e cuidados pelas políticas públicas de proteção social e de saúde. Tendo como a principal delas a política pública de saúde mental, por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Dentro dessa rede alguns componentes e pontos de atenção em saúde mental são de fundamental importância para o cumprimento efetivo da desinstitucionalização dos egressos, que são o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os componentes da Atenção Primária à Saúde (APS), o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), a Rede de Urgência e Emergência (RUE) e os leitos de saúde mental em hospital geral.

Ressalta-se que o CAPS é o principal responsável por ofertar tratamento especializado em saúde mental e por articular o cuidado em rede, em especial, junto à APS. O SRT tem por objetivo ofertar abrigo em caráter residencial comunitário para aqueles casos em que o egresso não pode contar com moradia, geralmente devido à ausência de pessoas que o recebam em uma residência, quer sejam familiares ou outra pessoa de referência. Há ainda a RUE e os leitos de saúde mental em hospital geral como retaguarda para estabilização no caso de crises graves e de manejo incontornável (Brasil, 2004).

A proteção de direitos fundamentais da pessoa com transtorno mental e sua desinstitucionalização são objetivos claros desta iniciativa. Assim, com a publicação da Resolução nº 487 e o estabelecimento de procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência; bem como com a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança, novos desafios foram postos ao sistema de justiça no atendimento dos pacientes psiquiátricos custodiados no Brasil.

Diante dessa realidade, o presente relato de experiência tem como escopo refletir a respeito da efetivação da Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que tem como consequência a extinção da Unidade Psiquiatra de Custódia e Tratamento do Rio Grande do Norte (UPCT), situada na Zona Norte de Natal, Rio Grande do Norte (RN). A unidade está em funcionamento desde 1997, possui capacidade para 46 homens, sendo concebida para custodiar pessoas do sexo masculino com condição de transtorno mental que entraram em conflito com a lei e receberam a sentença de cumprimento de Medida de Segurança Detentiva pelo Poder Judiciário.

A UPCT funciona no clássico modelo de manicômio judiciário, os chamados “hospitais de custódia”, com um corpo de policiais penais permanente para manutenção da custódia e equipes de saúde. O local conta com enfermeiros e técnicos de enfermagem, assistente social, psicólogo, psiquiatra e farmacêutico, os quais atuam em regime de plantão eventual. Sendo os técnicos de enfermagem a única categoria profissional que se reveza para manter a presença 24 horas todos os dias. A unidade abriga pessoas com medida de segurança detentiva em celas distribuídas em dois pavilhões, comportando no máximo dois sujeitos por cela. Sua lotação,





antes da referida resolução, chegava a 46 pessoas. Atualmente, com a intensificação do processo de desinternação, existem 07 internos.

Como esta experiência está se promovendo, na concepção de Varga (2020), a inovação social descrita através da satisfação das necessidades da sociedade, mudanças nas relações sociais e mobilização de recursos sociopolíticos e acesso à justiça. Como assevera Amarante (2007, p. 15), “a saúde mental não se baseia em apenas um tipo de conhecimento, a psiquiatria, e muito menos é exercida por apenas, ou fundamentalmente, um profissional, o psiquiatra”.

Portanto, com tais mudanças, constitui-se o desafio de cuidar dos pacientes da UPCT, considerando que em essência são pessoas com medida judicial de internação para tratamento compulsório em saúde mental em modalidade detentiva. Dessa maneira, o Sistema de Justiça tem papel relevante na promoção ao acesso à justiça dessas pessoas, de forma digna e em consonância com os preceitos legais e normativos que amparam a efetivação dos direitos humanos.

2 CARACTERIZAÇÃO DA BOA PRÁTICA, MUDANÇA E/OU INOVAÇÃO

A priori, as inovações sociais deveriam trazer transformação social, com aplicação de práticas que tragam uma renovação de serviços de bem-estar e inclusão social, ainda podendo contribuir para a promoção da cidadania e da participação democrática na sociedade. Assim, a inovação social é o resultado da aplicação do conhecimento às necessidades sociais, envolvendo a participação e cooperação de todos os atores envolvidos no processo (Gregoire, 2016).

Nesse sentido, foi criado um Grupo Interinstitucional de Trabalho sobre Saúde Mental e Atenção Integral ao paciente judiciário, por meio do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e Socioeducativo (GMF), pertencente ao Poder Judiciário do Rio Grande do Norte, o que se deu com a publicação da Portaria nº 02, de 8 de fevereiro de 2023.

Agora, o Poder Judiciário passa a compor uma atuação não somente de inquirir a execução para obtenção de determinado objetivo, mas de tomar parte na elaboração dos modos de execução, somando-se às mais diversas instituições de outras esferas de fora do Poder Judiciário, tais como entidades do poder executivo, grupos de pesquisa e da sociedade civil organizada. Que de acordo com a CF /1988 no artigo 2º “São Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário. ”

É inusual ações estaduais de atenção integral ao paciente judiciário, ou melhor, à proteção de direitos fundamentais da pessoa com transtorno mental e sua desinstitucionalização, em que haja integração do Poder Judiciário com outras entidades não judiciárias, como aquelas das políticas públicas de saúde, garantia de direitos e socioproteção para o fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e para o fortalecimento dos serviços de avaliação e acompanhamento das medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa em transtorno mental que esteja em conflito com a lei. Até então, o Poder Judiciário apenas demandava uma determinação a ser cumprida, mas sem envolver-se na construção do modo como ela seria realizada. Entretanto, agora, o Poder Judiciário tanto intima como une-se, em certa medida, a outros entes na feitura da resposta a ser dada.

É muito representativo dessa postura o GTI atuar no sentido de fomentar a qualificação das análises dos casos de pessoas em medidas de segurança, propor ações articuladas visando





à desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei e à promoção de seus direitos. Com este foco, promove-se a articulação entre o sistema de justiça, a administração penitenciária e as políticas públicas de saúde, de assistência social e de direitos humanos, propondo-se acordos ou termos de cooperação e fluxos interinstitucionais para o atendimento dos sujeitos com transtorno mental em conflito com a lei.

Assim, foram tomadas como recorte, para demonstrar o efeito inovador que a abertura desse novo paradigma trouxe, algumas mudanças de rumo e suas novas possibilidades em relação ao processo de desinstitucionalização dos pacientes cumpridores de medida de segurança na Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento do Rio Grande do Norte (UPCT).

Havia, anteriormente à Resolução CNJ nº 487/2023, muito consolidada, uma prática meramente assistencial em saúde na UPCT. Uma prática cujo olhar estava voltado a uma atuação muito mais intramuros, em que era consubstancial os atendimentos individuais aos pacientes de forma multiprofissional, mas não interdisciplinar, nem sendo pautada pela perspectiva da desinternação/desinstitucionalização.

Desse modo, quando o exame pericial psiquiátrico forense de verificação cessação de periculosidade concluía pela indicação de continuidade do tratamento, determinado pela medida de segurança, em modelo ambulatorial (sem necessidade de encarceramento, porém em meio aberto nos dispositivos de base territorial e comunitário da RAPS) e, baseado nisso, o juiz determinava a conversão da medida de segurança de detentiva para restritiva, o procedimento consistia em convocar alguma pessoa responsável pelo paciente (familiar ou pessoa de referência) na UPCT, entregar o paciente a seus cuidados (mediante a assinatura da documentação necessária) e orientá-la a procurar o CAPS de referência do território para vincular o paciente e dar continuidade ao tratamento. A consequência desse padrão de desinternação (saída do paciente da UPCT) era um alto índice de reincidência no conflito com a lei.

No período de vigência da Resolução do Conselho Nacional de Justiça nº 487/2023 até a atualidade, foram intensificadas ou impulsionadas na UPCT diversas práticas voltadas à desinstitucionalização dos pacientes. Logo, com as novas perspectivas criadas, a preocupação concentra-se no processo de saída (desinternação/desinstitucionalização) dos pacientes. Para tanto, são realizadas ações como: reuniões de planejamento com a equipe técnica e desta com a direção para discutir as possibilidades de desinstitucionalização; contatos com o território de referência dos pacientes encarcerados na UPCT por meio de busca ativa aos familiares ou articulação de apoio das políticas públicas de saúde como os Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Primária em Saúde; atendimentos psicossociais aos pacientes; atendimentos aos familiares e às pessoas de referência dos pacientes. Foram instituídas videochamadas entre pacientes e familiares e/ou pessoas de referência, principalmente para aqueles casos em que as pessoas residiam em municípios distantes da cidade de Natal. Também foi traçado um perfil socioeconômico das famílias dos pacientes; bem como foram desenvolvidas abordagens com aquelas famílias que tinham vínculo rompido ou inconsistente com o paciente na tentativa de fazer uma reaproximação ou fortalecimento do vínculo.

Com a extinção do modelo de hospital de custódia (manicômio judiciário), fortaleceu-se a audiência de desinternação da UPCT. Nesse novo modelo, no cumprimento da conversão da medida de segurança de detentiva para restritiva, o paciente não era mais entregue





diretamente à pessoa responsável. O que se realizava era um contato com o CAPS de abrangência do território onde o paciente iria residir e com a equipe da Atenção Primária em Saúde que visita a região do endereço para uma reunião de transferência de responsabilidade de cuidado da UPCT para a política de saúde territorial, a ocorrer no próprio CAPS, com a participação da equipe técnica da UPCT, o paciente e seus familiares ou pessoas de referência. Essa é a chamada audiência de desinternação, que passou a dar cumprimento, nesses termos, à saída do paciente do regime detentivo.

Outra inovação foi o Projeto Terapêutico Singular (PTS), conforme determina a Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, o PTS é um planejamento que demanda vinculação do paciente com as equipes das políticas públicas existentes no território de referência dele. Essa vinculação só é possível se houver um contexto de relação direta entre o paciente e essas equipes. Mas, na realidade, as condições de encarceramento as quais os pacientes da UPCT estão submetidos impossibilita o contato com os componentes das políticas públicas do território de referência, e isso é um fator que praticamente inviabiliza a constituição de um PTS como este deve ser.

3 RESULTADOS ALCANÇADOS

A partir do modelo da audiência de desinternação, o índice de reincidência em conflito com a lei dos pacientes egressos da UPCT cai drasticamente. Com o surgimento da Resolução nº 487/2023 do CNJ, a dimensão da desinternação e a necessidade de um processo de desinstitucionalização em que todos os pacientes sejam direcionados para acolhimento nos territórios de modo satisfatório e com responsabilidade, fora da possibilidade de encarceramento, torna-se uma realidade e um cenário a ser organizado em um curto espaço de tempo. Esse desafio, à primeira vista, pode parecer injusto, mas vem reforçar a substituição de um modelo anacrônico e ineficiente de tratamento, que é o cumprimento de medida de segurança em regime manicomial e em “hospital de custódia”, instituição que, na prática, “[...] configura-se essencialmente como uma prisão, uma instituição total de natureza manicomial” (Oliveira; Damas, 2016, p. 58).

Finalmente, tem-se o cumprimento do que já clamava a Lei Federal nº 10.216/2001, as Resolução CNJ nº 113/2010 e a Recomendação CNJ nº 35/2011, que objetivavam adequar a atuação da justiça penal aos dispositivos da Lei nº 10.216/2001 e às Resoluções do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) nº 04/2010 e nº 05/2004. Vale ressaltar que a Lei Federal nº 10.216/2001 prevê que o Poder Executivo, em parceria com o Poder Judiciário, implantaria e concluiria, no prazo de 10 anos, a substituição do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança para o modelo antimanicomial, o que se encerrou em 2020, sem ter havido qualquer providência efetiva de cumprimento.

O desafio que antes era restrito a um esforço da equipe psicossocial e de uma direção sensível da UPCT, com todas as suas limitações, ganha com a Resolução nº 487/2023 do CNJ uma dimensão extraordinária e passa a demandar um esforço de integração intersetorial do Poder Judiciário com as gestões do Poder Executivo, em especial, nas áreas da saúde, da assistência social e dos direitos humanos.

Os elementos mais sensíveis da Resolução nº 487/2023 e seus prazos incidem sobre os pacientes da UPCT com pouca autonomia ou capacidade de protagonismo sobre suas vidas, isto



é, sobre aqueles que não têm pessoas de referência, sejam familiares ou não, ou aqueles cujos vínculos são muito inconsistentes e não possibilitam uma oferta adequada de moradia ou tutela.

Quadro I: resultados quantitativos

Ações/ atividades desenvolvidas	Valor quantitativo
Atendimentos/Acolhimento aos pacientes	100
Atendimentos aos familiares – presencial e on-line	70
Aplicação de entrevista psicossocial	48
Reuniões de equipe	10
Visitas domiciliares e busca ativas	15
Reuniões com Órgão de Sistema de Justiça	6
Relatórios psicossocial – informativo e de acompanhamento	60
Reuniões de desinternação presencial e on-line	38
Ações socioeducativas	5

Fonte: UPCT (2024)

A instituição de um modelo de desinternação voltado para uma perspectiva de desinstitucionalização, antes mesmo da Resolução do CNJ nº 487/2023, já rendeu um resultado bastante satisfatório, visto que tornou a reincidência no conflito com a lei dos desinternados da UPCT de um percentual majoritário para minoritário. Com a entrada em vigor da resolução, esse modelo de desinternação ganhou respaldo ainda maior e ficou referendado pelo poder judiciário, já que se encontra alinhado com o que determina a resolução, numa concepção antimanicomial.

A publicação desta resolução permitiu que se pensasse para além da audiência de desinternação. Ela deu condições para uma reflexão mais apurada sobre o contexto de saída, que é formado pela desinternação e início da desinstitucionalização. A ideia de qualificar a saída dos pacientes tornou-se realizável com a resolução em questão.

Fez grande diferença o juiz, com base na resolução, atrelar a desinternação à elaboração do PTS e este não sendo de atribuição da equipe de assistência em saúde da UPCT. O PTS, no campo da saúde mental, é uma ação dos componentes e pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com participação ativa do paciente.

Logo, se os pacientes da UPCT não se encontram em situação de vivência comunitária, mas encarcerados em tempo integral; e se as equipes dos pontos de atenção da RAPS e demais políticas públicas necessárias não exercem atenção em saúde mental nas unidades prisionais aos pacientes aprisionados como rotina do serviço, a possibilidade vislumbrada é que isso possa ocorrer de modo extraordinário, quer dizer, por determinação de instância superior de coordenadoria dessas políticas públicas que proporcione a visita aos paciente na UPCT por inquirição do juiz da vara de execução penal, como foi feito.

Só assim pode ser criada a proposição sustentada de se incluir, na proposta de alta assistida e programada, os contatos das equipes com os familiares ou outras pessoas de referência para o paciente, bem como visitas *in loco* ao meio residencial e comunitário para o qual o paciente será desinternado. Na sequência, é preciso seguir etapas de avaliação, no sentido de dar subsídio para um programa de visitas acompanhadas do paciente aos serviços da RAPS.

O CAPS e, se for o caso, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) seriam o foco principal das visitas, por meio das quais seria possível conhecer o(s) dispositivo(s) e seu funcionamento. Aos poucos, essas visitas poderiam evoluir para que o paciente pudesse passar



algumas horas ou o dia vivenciando a atenção prestada nestes ou em outros serviços que o PTS preliminar apontasse. Parte dessa tese tem sido posta em prática atualmente, são os resultados acarretados pela resolução, os quais não existiam antes dela.

4 PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO

A princípio, foi realizado um estudo bibliográfico com respaldo nas legislações relativas ao tema, em especial, a Resolução CNJ nº 487/2023, a Constituição Federal Brasileira de 1988, a Lei Orgânica da Assistência Social, a Lei Orgânica da Saúde, a Lei Federal nº 10.216/2001; ainda, as Resolução CNJ nº 113/2010 e a Recomendação CNJ nº35/2011.

Desse modo, foram realizadas atividades de escuta especializada, individuais e coletivas, com os pacientes em dependências administrativas do prédio da UPCT, bem como dentro dos pavilhões e celas, inclusive para aqueles com dificuldade de adesão ao tratamento psicossocial ou que estavam em algum momento de instabilidade psíquica.

Houve atenção às demandas sociais dos pacientes relativas à documentação, aos benefícios financeiros e a outras questões de ordem de acesso ou de garantia de direitos diante da condição de provação de liberdade. Foram realizadas visitas domiciliares e atendimento aos familiares para compreensão da dinâmica e do perfil socioeconômico das famílias dos pacientes.

Na concepção de Garcia e Teixeira (2009, p. 167), as visitas domiciliares representam “uma prática profissional investigativa ou de atendimento, efetuada por profissionais junto ao indivíduo em seu próprio meio social ou familiar, os quais desenvolvem as técnicas de observação, de entrevista e de relato oral”. O levantamento de informações foi possível mediante a utilização da entrevista, particularmente através da aplicação de um questionário cujo escopo era mapear o perfil da família e dos pacientes. Por meio desta atividade, ficou comprovado que a maioria deles eram de famílias em situação de vulnerabilidade social e econômica e que precisavam de Benefício de Prestação Continuada (PBC).

Outra atividade realizada foi a composição de documentos como o relatório psicossocial informativo e o relatório de acompanhamento/visita. O informativo contém aspectos relacionados a esclarecimentos, encaminhamentos e à comunicação de procedimentos tomados, muito utilizado no âmbito judiciário. Também foram realizadas reuniões de articulações com gestores da área da saúde e da assistência social para elaboração de uma estrutura adequada no território e no seio familiar do paciente. Em síntese, até o presente momento, ainda estamos em fase de realização da efetivação da Resolução CNJ nº 487/2023, considerado que que a mesma foi prorrogada até outubro de 2024.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A criação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, por meio da Resolução nº 487/2023, define uma interface constante entre o Poder Judiciário, a saúde e a proteção social; e isso contempla uma perspectiva de inserção de rede para o judiciário. Desse modo, para que o fechamento da UPCT não seja apenas uma transinstitucionalização que reproduza o modelo manicomial, será preciso um esforço concentrado de mobilização e articulação integrada para a construção de possibilidades inventivas de residencialidade; curatela; garantia de benefício



financeiro ou trabalho e renda. Tudo isso, deve contar com um olhar diferenciado no acompanhamento pelas políticas públicas de tratamento e cuidado no território; assim como com um eficiente esquema de monitoramento e avaliação da medida que for ocorrendo na prática.

Diante desse contexto, uma das recomendações é que, a partir da demanda do PTS, o Poder Judiciário possa participar auxiliando o diálogo entre as citadas equipes da RAPS, APS e da política pública socioassistencial, estabelecendo um calendário de visitas para a interação com os pacientes e reuniões com a equipe multiprofissional de saúde da UPCT.

Uma das principais recomendações é que todas as discussões e experiências aqui descritas ensejem a criação de um modelo de cuidado sem considerar a possibilidade de encarceramento; visto que esse é o principal objetivo da política antimanicomial do poder judiciário e um elemento fundamental para isso é a qualidade do cuidado integral prestado pelo território aos pacientes com determinação de medida de segurança.

O modelo da UPCT deixou evidente que encarcerar para tratar não trata, não cuida e não é terapêutico. O que tem impacto relevante sobre como o paciente vai se sentir e reagir mediante seu transtorno mental e o conflito com a lei é como ele está sendo assistido em seu cuidado intersetorial, territorial e de base comunitária. Para tanto, é preciso a atuação de uma instância especializada que monitore o cuidado ofertado pelas políticas públicas ao paciente e que apoie os componentes e pontos de atenção intersetoriais dessas políticas. Essa deve ser uma das preocupações mais primordiais do Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário (CEIMPA).

Outro ponto crucial é conceber qualquer planejamento, discussão e avaliação dentro da compreensão de que não é um componente e muito menos um ponto de atenção que vai conseguir prestar o cuidado devido às necessidades da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. É preciso conceder a essa pessoa uma abordagem intersetorial de acordo com o que o PTS identifica das competências das políticas públicas que ela necessita, ressaltando que as mais ordinárias são a RAPS, a APS e a socioproteção.

REFERÊNCIAS

Amarante, Paulo. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 4ª ed. – ver e amp. 5ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

Brasil. Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 1988. Retirado de: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm

Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Retirado de: <https://observatoriohospitalar> Consolidação das Normas Sobre as Redes do Sistema Único de Saúde.

Conselho Nacional de Justiça. (2018). *Banco Nacional de Monitoramento de Prisões* –



BNMP 2.0: Cadastro Nacional de Presos, Brasília, agost. Retirado de: em www.cnj.jus.br.

Conselho Nacional de Justiça. (2023). *RESOLUÇÃO N. 487, DE 15 DE FEVEREIRO DE 2023*. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.

Garcia, Ionra F. da Silva; Teixeira, C. P. (2009). A visita domiciliar: um instrumento de intervenção. *Saúde em Debate* [on-line], n. 1, v. 15.

Gregoire, M. (2016). Exploring various approaches of social innovation: a francophone literature review and a proposal of innovation typology. *RAM. Revista de Administração Mackenzie*, 17(6), 45–71.

Oliveira, Walter Ferreira de; Damas, Fernando Balvedi (2016). *Saúde e atenção psicossocial nas prisões*. 1 ed. - São Paulo: Hucitec.

Resolução Nº 05, de 04 de maio de 2004. Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001.

Resolução nº 4, de 30 de julho de 2010. Recomenda a adoção da política antimanicomial no que tange à atenção aos pacientes judiciários e à execução da medida de segurança. Resolução nº113, de 20 de abril de 2010. Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências.

Varga, K. (2020). Social Innovation for the Welfare of the Community. *International Journal of Engineering and Management Sciences*, 5(1), 480–494.

