

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

WILLIANA RODRIGUES RAFAEL MONTEIRO

**MARCADORES PSICOSSOCIAIS DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL
EM CONFLITO COM A LEI PÓS (DES)INSTITUCIONALIZAÇÃO REALIZADA
PELA (EAP) DE UMA CAPITAL BRASILEIRA**

CAMPO GRANDE
2022

WILLIANA RODRIGUES RAFAEL MONTEIRO

**MARCADORES PSICOSSOCIAIS DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL
EM CONFLITO COM A LEI PÓS (DES)INSTITUCIONALIZAÇÃO REALIZADA
PELA (EAP) DE UMA CAPITAL BRASILEIRA**

Dissertação apresentada como exigência para obtenção do título de mestre em Saúde da Família, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, (UFMS) sob a orientação do Prof. Dr. André Barciela Veras.

CAMPO GRANDE
2022

AGRADECIMENTOS

A Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, UFMS, pela oportunidade de cursar o Mestrado Saúde da Família.

Aos meus professores que contribuíram na minha formação profissional de forma afetiva e ética.

Aos profissionais do SUS, especialmente aqueles que trabalham em prol de pacientes com transtornos mentais. Minha admiração pela excelência do trabalho desenvolvido, superação de obstáculos, organização da rotina, criatividade no fazer, amor e defesa do SUS.

Ao meu orientador professor André, obrigada por me inserir com maior propriedade na temática “Saúde Mental”, e através de reflexões críticas e autonomia, me norteou no desenvolvimento deste trabalho.

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades enfrentadas.

A minha família, meu porto seguro, que me deu todo apoio no desenvolvimento desse trabalho.

RESUMO

Reincidência criminal, falta de moradia e dificuldade no acesso às Políticas Públicas, são marcadores psicossociais encontrados em pessoas com transtorno mental desinstitucionalizadas. O projeto Reintegra, criado em 2019, é uma parceria em conjunto do Poder judiciário, Sistema penitenciário e Secretarias de Saúde (SES) (SESAU), onde se insere o Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicadas à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), visam reduzir os problemas psicossociais da desinstitucionalização através de um planejamento e acompanhamento individual e gradativo da desinternação dos presos, inserindo-os na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conectando-os a rede de apoio familiar e adequando sua terapêutica conforme condicional da área jurídica. A pesquisa buscou descrever o processo de desinstitucionalização e os marcadores psicossociais dos pacientes acompanhados pelo projeto Reintegra onde se insere a EAP de Campo Grande – MS. Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, sendo utilizado para coleta de dados: a análise documental do Projeto Terapêutico Singular, prontuários e relatórios produzidos pela EAP; e, a aplicação de entrevista social por meio da Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF) e o Questionário adaptado para Estudo de moradias de portadores de transtorno mental grave. A amostra contou com 41 pacientes acompanhados pelo projeto Reintegra já desinstitucionalizados, sendo que 31 (75,6%) aceitaram participar da pesquisa. A aceitação e assinatura do Termo de Livre e Esclarecido (TCLE) foi dividido entre os pacientes que respondiam legalmente por si 14 (45,1%) e aqueles curatelados 17 (54,9%). Os dados coletados são de diferentes momentos pós desinstitucionalização da EAP e os pacientes se encontravam em diversos locais de moradia, sendo que 20 (64,5%) estavam em residências, 6 (19,4%) em Residências Terapêuticas (RT), 1 (3,2%) aguardava no CAPS vaga em (RT), 2 (6,5%) institucionalizados em internações psiquiátrica particulares e permanentes por opção da família, e 2 (6,5%) retornaram à institucionalização prisional por reincidência criminal. Os dados sociodemográficos foram compostos por usuários com idade entre 18 a 59 anos, com predomínio do sexo masculino 30 (96,8%), solteiros 27 (87,1%), negros ou pardos 19 (61,3%), que possuem ensino fundamental incompleto 22 (70,9%), que nunca trabalharam 13 (41,9%) e 16 (51,6%) que dispunham de até 1 salário mínimo como renda familiar. Quanto aos marcadores sociais de vulnerabilidade e inserção social, 15 (48,4%) possuem acesso a benefícios sociais, 24 (77,4%) acesso a Defensoria Pública, 8 (25,8%) não possuem vínculo ou possuem vínculo fragilizado com a rede de apoio, 15 (48,4%) referiram situação de rua momentânea após saírem da prisão, todavia nenhum paciente foi identificado sem residência fixa permanente. Os transtornos mentais predominantes foram, o comportamental devido ao uso de Substâncias Psicoativas ilícitas (SPA) e Esquizofrenia e outras psicoses, obtiveram o mesmo resultado, de 9 (29,0%) cada. O diagnóstico de 16 (51,6%) ocorreu após o processo de institucionalização prisional. A média de internações psiquiátricas desde a institucionalização prisional foi de 6,06 por indivíduo e 26 (83,9%) relataram realizar regularmente acompanhamento na Rede de Atenção Psicossocial à Saúde (RAPS) e uso medicamentoso prescrito. A Escala de Avaliação Global de Funcionamento (AGF), observa-se predomínio de pacientes com Sintomatologia Grave 18 (58,1%),

com pontuação entre 20 e 50. Conclui-se que os pacientes assistidos pelo projeto “Reintegra” da EAP de Campo Grande – MS, demonstraram marcadores psicossociais baixos comparados com indicadores nacionais.

Descritores: Saúde mental, Sistema Prisional, Saúde da Família, Políticas Públicas.

ABSTRACT

Criminal recidivism, homelessness and difficulty in accessing public policies are psychosocial markers found in deinstitutionalized people with mental disorders. The Reintegra project, created in 2019, is a joint partnership between the Judiciary, the Penitentiary System and Health Departments (SES) (SESAU), which includes the Service for the Assessment and Monitoring of Therapeutic Measures Applied to People with Mental Disorder in Conflict with the Law (EAP), aim to reduce the psychosocial problems of deinstitutionalization through individual and gradual planning and monitoring of the detention of prisoners, inserting them into the Psychosocial care network (RAPS), connecting them to the family support network and adapting their therapy according to the condition of the area legal. The research sought to describe the process of deinstitutionalization and the psychosocial markers of patients monitored by the Reintegra project, which includes the EAP of Campo Grande - MS. This is an cross-sectional study with a quantitative approach, being used for data collection: document analysis of the Singular Therapeutic Project, charts and reports produced by the EAP; and, the application of social interview through the Global Assessment of Functioning Scale (GFA) and the Questionnaire adapted for the study of housing for people with severe mental disorders. The sample had 41 patients followed up by the Reintegra project, already deinstitutionalized, and 31 (75.6%) agreed to participate in the research. The acceptance and signature of the Free and Clarified Term (TCLE) was divided between patients who were legally responsible for themselves 14 (45.1%) and those who were curated 17 (54.9%). The data collected are from different moments after the deinstitutionalization of the EAP and the patients were in different places of residence, with 20 (64.5%) being in residences, 6 (19.4%) in Therapeutic Residences (RT), 1 (3.2%) were waiting for a vacancy at the CAPS in (RT), 2 (6.5%) were institutionalized in private and permanent psychiatric hospitalizations at the family's option, and 2 (6.5%) returned to prison institutionalization due to criminal recidivism. The sociodemographic data consisted of users aged between 18 and 59 years, with a predominance of males 30 (96.8%), single 27 (87.1%), black or brown 19 (61.3%), who have 22 (70.9%) had not completed elementary school, 13 (41.9%) had never worked and 16 (51.6%) had up to 1 minimum wage as family income. As for the social markers of vulnerability and social insertion, 15 (48.4%) have access to social benefits, 24 (77.4%) have access to the Public Defender's Office, 8 (25.8%) have no bond or have a weakened bond with the support network, 15 (48.4%) reported a momentary homeless situation after leaving prison, however no patient was identified without a permanent fixed residence. The predominant mental disorders were behavioral due to the use of illicit Psychoactive Substances (SPA) and Schizophrenia and other psychoses, with the same result, 9 (29.0%) each. The diagnosis of 16 (51.6%) occurred after the prison institutionalization process. The average number of psychiatric hospitalizations since prison institutionalization was 6.06 per individual and 26 (83.9%) reported regular follow-up in the Psychosocial Health Care Network (RAPS) and prescribed medication use. The Global Functioning Assessment Scale (GFA) shows a predominance of patients with Severe Symptomatology 18 (58.1%), with scores between 20 and 50. It is concluded that patients assisted by the EAP's

"Reintegra" project Campo Grande – MS, showed low psychosocial mark compared to national indicators.

Descriptors: Mental health, Prison system, Family health, Public Policy

LISTA DE ABREVIATURAS

AGF	Avaliação Global do Funcionamento
AGF	Escala de Avaliação Global do Funcionamento
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS - AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e droga
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados a Saúde
EAP	Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em conflito com a Lei
ESF	Estratégia Saúde da Família
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
PAILI	Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator interdisciplinar ao paciente Judiciário
PAI-PJ	Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RT	Residência Terapêutica
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde
SPA	Uso de Substâncias Psicoativas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Livre e Esclarecido

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

FIGURA 1	População Prisional por ano	15
TABELA 1	Perfil Sociodemográfico dos pacientes desinstitucionalizados pelo Projeto Reintegra e EAP	29
TABELA 2	Perfil Sociodemográfico dos pacientes desinstitucionalizados pelo Projeto Reintegra e EAP	30
TABELA 3	Perfil por Profissão, desenvolvida antes da institucionalização prisional dos pacientes acompanhados pelo Projeto Reintegra	31
TABELA 4	Variáveis relacionadas aos Aspectos Clínicos dos pacientes desinstitucionalizados pelo Projeto Reintegra e EAP, no momento da entrevista	32
TABELA 5	Variáveis relacionadas as internações psiquiátricas (locais e nº de internações) dos pacientes desinstitucionalizados pelo Projeto Reintegra, no momento da entrevista	34
TABELA 6	Variáveis da Escala de Avaliação Global de Funcionamento (AGF) aplicada aos pacientes desinstitucionalizados pelo Projeto Reintegra e EAP	35
TABELA 7	Locais de Moradia dos pacientes desinstitucionalizados e acompanhados pelo Projeto Reintegra	36
TABELA 8	Variáveis de situação de rua e vínculo com a rede de apoio dos pacientes desinstitucionalizados e acompanhados pelo Projeto Reintegra	37

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1	Saúde mental e cárcere: breve discussão.....	13
2.2	Medidas terapêuticas de base comunitária: uma desinstitucionalização estratégica	17
2.3	2.3 Parceria intersetorial em Saúde mental na Estratégia Saúde da Família.....	21
3	OBJETIVOS.....	23
3.1	Objetivo Geral.....	23
3.2	Objetivos Específicos.....	23
4	METODOLOGIA.....	24
4.1	Desenho do Estudo.....	24
4.2	Ferramentas de coleta de dados.....	24
4.2.1	<u>Avaliação Global do Funcionamento – AGF</u>	25
4.2.2	<u>Questionário adaptado para Estudo de moradias de portadores de transtorno mental grave no estado de São Paulo – edital universal 2010/CNPq</u>	26
4.3	Participantes.....	26
4.4	Critérios de Inclusão.....	26
4.5	Tabulação.....	27
4.6	Aspectos éticos.....	27
5	RESULTADOS.....	28
5.1	Aspectos Socioeconômicos.....	28

5.2	Aspectos Clínicos.....	31
5.3	Inserção Social e Reincidência Criminal.....	35
6	DISCUSSÃO.....	38
6.1	Aspectos Socioeconômicos.....	38
6.2	Aspectos Clínicos.....	41
6.3	Inserção Social e Reincidência Criminal.....	43
6.4	Desafios Encontrados.....	45
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
	REFERÊNCIAS	49
	ANEXO A - Escala - Avaliação Global do Funcionamento (AGF).....	54
	ANEXO B - Questionário adaptado para Estudo de moradias de portadores de transtorno mental grave no estado de São Paulo – edital universal 2010/CNPq	55
	ANEXO C - Parecer de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).....	60
	ANEXO D - Termo de parceria para pesquisa na área da saúde (SESAU)	68
	ANEXO E - Termo de Responsabilidade e Autorização para pesquisa (SESAU)	70

1 INTRODUÇÃO

O crescente número de encarcerados com transtorno mental no Brasil é um problema que descende de falhas na implantação da Seguridade Social brasileira e disparidades entre os direitos penais e a realidade dos detentos nas prisões ou manicômios judiciários, sendo emergente reavaliações em suas condutas estruturais e no acesso às políticas públicas aos encarcerados e seus familiares (DAMAS; OLIVEIRA, 2013; BRASIL, 2019).

Aspectos que não afetam apenas a pessoa em conflito com a lei, mas estende-se a todo o universo familiar, impondo mudanças, exigindo reorganização para incorporar às atividades cotidianas e os cuidados que a doença associada ao cárcere exige. O quadro de vulnerabilidade social se acentua, limitando ainda mais o acesso a bens e serviços para satisfação das necessidades básicas da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e seus familiares (VIOLA, 2015).

A família que até a Idade Média respondia solidária e publicamente pelos pacientes com transtorno mental, na Idade Moderna foi secundarizada para a institucionalização e segregação dos pacientes como única resposta do Estado. E apesar das ações do movimento da Reforma Psiquiátrica iniciadas pós segunda guerra mundial na Europa, e em plena autocracia burguesa no Brasil, a colheita dos frutos permeou a partir de 2001 com a Lei nº 10.216 e o fechamento de manicômios, onde a família ganhou maior visibilidade e participação direta dos cuidados (BRASIL, 2001; ROSA, 2020).

Todavia a marca da história da Saúde Mental, trouxe marcadores psicossociais da desinstitucionalização, como o rompimento de vínculo familiar e dificuldade de acesso as Políticas Públicas. O que denota falta de moradia e vulnerabilidade social acentuada entre os desinstitucionalizados. Para o louco infrator, a institucionalização ainda é um marco e uma caminhada desacelerada, e no seu processo de desinstitucionalização a reincidência criminal se soma a tais marcadores psicossociais (ROSA, 2020; WINKLER et al., 2016).

A taxa de retorno ao sistema prisional observado pelo relatório do Conselho Nacional de Justiça de 2019, possui média de reincidência criminal de 42% entre os estados brasileiros. A falta de moradia, rompimento de vínculo familiar e dificuldade no acesso às Políticas Públicas são observadas por Rosa e Silva (2020), onde destacam que mesmo com os esforços e estratégias de desinstitucionalização

realizadas pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPs), em pontuar os Serviços de Residências Terapêuticas (SRTs) como mecanismo capaz de contribuir efetivamente para o processo de inserção social, segmento a reconstrução de identidades e da cidadania, a cobertura desses dispositivos residenciais ainda são insuficientes para as demandas dispostas, onde denota um entrave na desinstitucionalização por falta de vaga nas residências (BRASIL, 2019).

Desta forma, estudos e implantação de ações a fim de proporcionar o retorno do louco infrator a sociedade é um desafio, sua complexidade tem sido tratado por Winkler et al. (2016); Damas e Oliveira (2013); Alencar e Hur, (2017); Brisset, (2010); Macedo, (2019); e Lhacer (2019), onde destacam que Medidas terapêuticas de base comunitária, avaliando por um longo período os participantes, como em um rastreo: na institucionalização, desinstitucionalização, pós desinstitucionalização, e os reexaminando e adequando o tratamento conforme suas necessidades, podem minimizar não apenas a reincidência criminal de pacientes com transtorno mental, mas outros problemas decorrentes do processo de desinstitucionalização, como índices de falta de moradia e acesso às Políticas Públicas.

No Brasil podemos observar ações de base comunitária nos programas Atenção Integral ao paciente judiciário (PAI-PJ) e Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), que vem moldando na sociedade e no meio jurídico, um recuo menor entre a pessoa com transtorno mental que comete infrações penais e os demais cidadãos, uma equiparação em ambos. E a implantação do Serviços/Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em conflito com a Lei (EAP), instituído através da Portaria MS/GM nº 94 de 2014, objeto dessa pesquisa, demonstrou de tal modo, um mecanismo desinstitucionalizante capaz de proporcionar uma qualidade de vida ao louco infrator, bem como uma possibilidade de implantar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica nas medidas de segurança, combatendo de certa forma a “pobreza” estruturada exposta aos encarcerados, e não o combate aos “pobres” como na Política encarceradora brasileira (BRISSET, 2010; MACEDO, 2019).

E parcerias intersetoriais em Saúde Mental disposta pelo Humaniza SUS, como o matriciamento, se apresenta como um aparelho capaz de romper com a atuação fragmentada de diferentes setores em Saúde Mental, seu processo de construção compartilhada são atenuadas por ações horizontais que cuidam de pessoas em diferentes níveis de assistência. A capilaridade territorial da atenção

básica, se transfigura como um dos principais aportes da EAP no processo de desinstitucionalização. A proximidade das Equipes da Saúde da Família (ESF) junto ao paciente e rede de apoio, bem como sua inserção territorial à comunidade e contato preferencial dos usuários, se norteiam como ponto forte no acompanhamento aos pacientes com transtorno mental (OLSCHOWSKY et al, 2014).

Esta articulação entre os órgãos da saúde, bem como jurídicos, desenvolvidos através das ações da EAP, buscam a inserção dos pacientes em sociedade mediante uma desinstitucionalização gradativa e planejada, onde o paciente é acompanhado em um rastreio, e contrarreferenciado a RAPs e demais serviços, a fim do acesso e garantia dos direitos dispostos no Tripé da Seguridade Social. O objetivo da EAP é a busca de uma desinstitucionalização com marcadores psicossociais mínimos (ROSA e Silva, 2020).

Diante deste cenário, questiona-se quais são os marcadores psicossociais dos pacientes desinstitucionalizados pelo “Projeto Reintegra” onde se insere a EAP local? De tal modo, a presente pesquisa teve como objetivo tal resposta, realizado através de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, por meio de coleta de dados primários e secundários, no período de 2019 a abril de 2022.

A relevância do estudo foi identificar informações psicossociais dos indivíduos, vínculo com sua rede de apoio, acesso às Políticas Públicas e reincidência criminal. Mediante ao conhecimento de tais marcadores psicossociais, destacar a singularidade e desafios presentes no processo de trabalho da EAP e entraves para eficácia da sua desinstitucionalização, contribuindo com debates na temática em Saúde Mental, bem como o fortalecimento de programas do SUS que busquem uma desinstitucionalização prisional com marcadores mínimos, como demonstrou esta EAP pesquisada.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Saúde mental e cárcere: breve discussão

A relação social das pessoas com transtorno mental foi marcada historicamente pela segregação e isolamento. A institucionalização dos pacientes em hospitais psiquiátricos foi de certa forma, um dos primeiros espaços de pertencimento social, ao mesmo tempo um local coagido e controlado onde o paciente, expropriado, não era visto como cidadão e sim mais um em uma legião de pacientes quase sem vínculos com seu meio social e familiar, não se enquadrando no perfil pré-estabelecido da sociedade, caracterizando uma ameaça para a mesma. Rosenbaum (2016) se deleita a tal fato citando o conto “O alienista”, e assim como o autor machadiano ressalta as relações de poder ao discurso psiquiátrico da época e os desafios de conhecer profundamente a natureza humana (FURTADO et al. 2013).

A construção de críticas se deu em vários períodos da história, e, após o período autocrático burguês, buscou manter em movimento novas ideias ou novas “práxis” em saúde, e em saúde mental, propõe práticas terapêuticas que incluam não apenas os componentes hospitalares, mas também extra-hospitalares, essenciais ao reintroduzir o sujeito na sociedade, maximizando sua autonomia e devolvendo seus direitos de cidadão, sem discriminação e/ou estigma (BRASIL, 2001; VIOLA, 2015; NETTO, 2011).

O arsenal jurídico brasileiro, propõe-se a construção de uma nova organização de serviços, articulando uma rede de espaços de sociabilidade, de produção de subjetividades, geração de renda, apoio social, moradia, enfim, de produção de vida. Tendo o território como espaço gerador de possibilidades e os estados e municípios responsáveis pela garantia de assistência no território (BRASIL, 2001).

Todavia, o anseio da pessoa com transtorno mental pertencer como cidadão de direitos na sociedade ainda hoje é um desafio, seja pela dificuldade da família em lidar com a doença, aceitação de terapêuticas centradas no modelo biomédico e medicamentoso, sem levar em conta as intervenções interdisciplinares da equipe multiprofissional, além do distanciamento da sociedade, que carrega uma imagem da pessoa com transtorno mental construída ao longo dos anos, e que ainda permanecem associadas a pessoas violentas, agressivas, incapazes, “loucas”,

confundidas com a quebra de normas e funcionamentos sociais, de sentimentos, crenças ou valores religiosos ou morais diferentes (WEBER; JURUENA, 2017; VIOLA; PEPE; VENTURA, 2019).

Acentuando a tal fato, temos as pessoas que estão em situação de vulnerabilidade social, que além de lidar com a doença tem a situação socioeconômica em crise. Apesar do Brasil ocupar a posição 79º no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 189 países, observa-se concentração de renda de 55% entre os mais ricos. Mostrando que a situação do indicador não pode ser levada à risca para a maior parcela da população que enfrenta pobreza acentuada (PNUD, 2019).

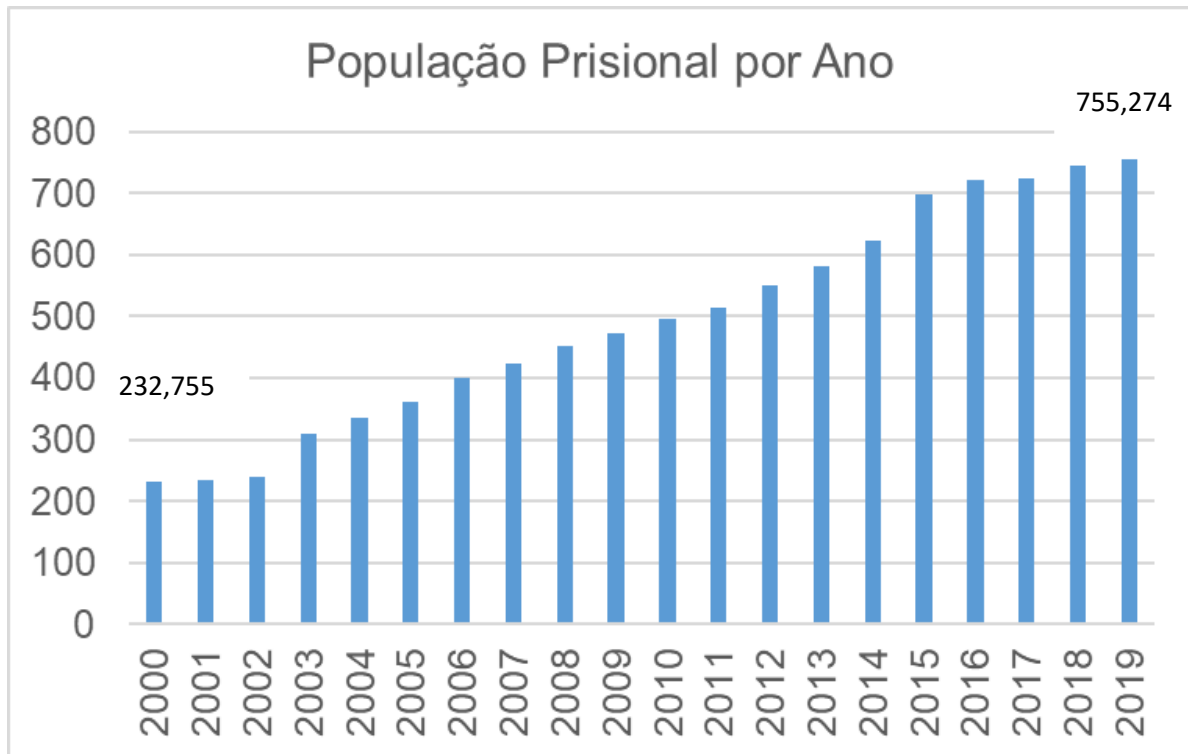
As Políticas Sociais Públicas espelhadas no “*Welfare State*”, como a Seguridade Social brasileira, dividida nas ideias influenciadas por Bismarck e Beveridge, em seus modelos estrangeiros e pouco adaptados para as mazelas brasileiras, reforçam ainda mais a desigualdade e pobreza estrutural do país (BOSCHETTI, 2006).

Vale ressaltar o modelo Bismarckiano, que na divisão da Seguridade Social se relaciona ao trabalho, disponível para aqueles que possuem emprego formal e que contribuem para a Previdência Social, já aqueles que devido as consequências da Mais Valia do capitalismo, que influencia o contexto de agudas desigualdades sociais, pobreza estrutural e fortes relações informais de trabalho, não conseguem impetrar no cenário do “trabalho formal”, ficam à mercê das ações da Política de Assistência Social (ideias influenciadas por Beveridge), que atualmente mais se caracteriza como política de transferência de renda para aqueles que mantêm proventos abaixo de um valor pré-estabelecido, sendo uma ação que não é equitativa entre as pessoas, mas acentua a situação de pobreza (BOSCHETTI, 2006).

Nesse cenário, autores como Damas e Oliveira (2013) e Weber e Juruena (2017), argumentam que a situação social vulnerável favorece a expansão da criminalidade, sugere-se que aproximadamente 95% do contingente carcerário brasileiro são oriundos de classes socialmente excluídas, ou seja, pobres, com baixa qualificação profissional e desempregados onde, muitos deles, foram “empurrados” ao crime por não terem tido outras oportunidades.

No Brasil, observamos que é crescente o número de encarcerados, de acordo com o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen) disposto na (Figura 1) (BRASIL, 2019).

Figura 1 - População Prisional por ano (Período da pesquisa julho a dezembro de 2019).



Fonte: BRASIL. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen, 2019)

Da mesma forma, em uma revisão sistemática da literatura estrangeira, Winkler et al. (2016), corroboram com tais afirmações e ressaltam que fatores sociais observados em sua pesquisa, como: a rápida globalização, aumento da migração, do uso de drogas ilegais e desemprego, individualismo crescente, pressão sobre a habitação e o mercado de trabalho, cortes orçamentários das políticas sociais e dificuldades no financiamento da saúde mental podem contribuir para pessoas com transtorno mental impetrarem nas prisões ou “manicômios judiciais”.

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) são destinados aos inimputáveis, aqueles que, em decorrer de agravos dos sintomas da doença mental são incapazes de compreender o ato ilícito praticado, e apesar dos direitos preconizados pela reforma de saúde mental para seu tratamento e reinserção social,

a realidade dos internos se faz desafiadora (BRASIL, 1940; BRASIL, 1984; LIRA, 2016).

No Brasil, os HCTP são os últimos manicômios estruturados jurídico-políticos na atualidade, engrenados pela fragilidade do Estado em garantir os determinantes sociais da saúde a população com transtorno mental, traz seus efeitos em uma multidão ainda institucionalizada envolta do sistema penal (LIRA, 2016).

Relatos de Damas e Oliveira (2013), em pesquisa realizada nas unidades prisionais de Santa Catarina, observaram que o ambiente prisional pode desencadear ou descompensar uma psicopatologia já existente, e reações psicológicas de ajustamento são comuns e esperadas com a detenção e a privação de liberdade. Sugerem que uma terapêutica centrada na atenção à saúde mental do detento somada a outras condições que garantam tratamento digno com respaldo jurídico, sejam necessárias para reduzir a reincidência criminal. O que não se observa na pesquisa, onde destacam disparidades entre os direitos penais e a realidade dos detentos, em especial aqueles com transtorno mental, ressaltando que a infraestrutura das prisões observadas, bem como as atividades ocupacionais, desportivas, educacionais, de lazer e terapêuticas são pouco significativas para o retorno do detento à sociedade, além de possuir alto risco de reincidência criminal após sua liberdade.

As ações de segurança pública no Brasil necessitam de reavaliações em suas condutas estruturais e no acesso às políticas públicas aos encarcerados, antes, durante e após saírem das prisões, para assim minimizar as reincidências penitenciárias, que emergem da exclusão social. Como critérios de exclusão, entendemos o papel da família nessa resposta, onde o relacionamento conflituoso ou os vários tipos de violências vividas pelo sujeito podem interferir no processo de risco para criminalidade e reincidência criminal, assim como aspectos biológicos específicos e uso de substâncias psicoativas ilícitas (ALENCAR; HUR, 2017).

Outro fator para reincidência criminal é a dificuldade enfrentada pela família em lidar não apenas com a doença mental, mas também com o encarceramento. Assim como o preso, a família compartilha de pobreza estruturada no processo de “prisão” e “pós prisão”, e quando não há intervenções políticas socioassistenciais que os norteiam e garantam acesso aos determinantes sociais da saúde, o sujeito, ao recuperar sua liberdade, pode reincidir em práticas ilícitas para satisfazer as necessidades próprias e/ou da sua família (ALENCAR; HUR, 2017).

2.2 Medidas terapêuticas de base comunitária: uma desinstitucionalização estratégica

Winkler et al. (2016), apontam que usar um desenho de acompanhamento às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, avaliando por um longo período os participantes, como em um rastreo: na institucionalização, desinstitucionalização, pós desinstitucionalização, e os reexaminando e adequando o tratamento conforme suas necessidades, podem minimizar não apenas a reincidência criminal de pacientes com transtorno mental, mas outros problemas recorrentes do processo de desinstitucionalização, como índices falta de moradia e acesso às Políticas Públicas.

No Brasil os programas PAI-PJ e PAILI assemelham-se a essa ideia e em consonância a Rede de Atenção Psicossocial e os princípios regentes do SUS, mesmo com seus percalços, vem demonstrando resultados expressivos na melhora das condições clínicas da pessoa com sofrimento mental em transtorno com a lei, inserindo esses pacientes em um contexto de inclusão social e respeito as suas capacidades, bem como a garantia de seus direitos elementares, em especial a dignidade humana (BRISSET, 2010; MACEDO, 2019).

O PAI-PJ, denominado inicialmente “Projeto de Acompanhamento interdisciplinar ao paciente Judiciário”, foi implantado no estado de Minas Gerais no ano de 2000 e transformado em programa em 2001. Impulsionado pelo PAI-PJ surgiu o programa PAILI, desenvolvido para o estado de Goiás. Ambos atuam como um dispositivo conector entre a justiça e a rede de saúde pública, onde o acompanhamento ocorre no início do processo criminal até a inserção social do paciente com transtorno mental na família e na comunidade, um atendimento amplo e individualizado, em que sua análise abranja a totalidade do sujeito, sem deixar de lado seus aspectos singulares. A atuação interdisciplinar, jurídico, social e psicológico realizados pelo programa e o acompanhamento de cada caso impulsionou um olhar amplo sobre a realidade vivenciada pelo “louco infrator”, e múltiplas ações da luta Antimanicomial, nela inserida os programas PAI-PJ e PAILI, derrogaram parcialmente ideias sobre a periculosidade e as “penas perpétuas”, essa última, determinada pela indiscriminação do tempo de cumprimento da medida de segurança ao louco infrator. Moldando na sociedade e no meio jurídico, um recuo

menor entre a pessoa com transtorno mental que comete ato infracional e os demais cidadãos, uma equiparação em ambos (BRISSET, 2010).

A atenção integral à saúde mental das pessoas é um desafio não apenas para o Brasil, mas para o mundo, e países como França, Suíça, Itália, Inglaterra e Canadá vem rompendo com o modelo manicomial e asilar que segregava as pessoas com transtornos mentais do convívio familiar, instalando tratamentos humanitários e sem confinamento, que estimulam a reinserção social do indivíduo na comunidade. (CAMPOS et al., 2019; RIVEST, 2019).

A necessidade de humanizar as instituições e práticas psiquiátricas no Canadá se deu em meados de 1960, após a exposição da situação crítica dos hospitais psiquiátricos ser publicada no livro “*Os loucos gritam por socorro*”, de Pagé (1961), e, o período histórico político da época acentuou o movimento humanitário Antimanicomial. O processo canadense de desinstitucionalização foi célere, acompanhada da transformação dos grandes asilos em hospitais menores; redução do tempo de internação; implantação de serviços de moradia na comunidade; inclusão de alas psiquiátricas em hospitais gerais; e, aumento do número e diversidade dos profissionais no cuidado em saúde mental. Todavia, assim como no Brasil, não houve a mesma agilidade na implantação de outros programas que atendam às necessidades complexas do portador de transtorno mental canadense, ocasionando aumento da judicialização dos comportamentos associados à loucura, e pessoas sem abrigo ou assistência (FRAZZATO; BIGATTO, 2019).

A inclusão do Serviço Social, levaria os problemas de saúde e as questões psicossociais a não serem tratadas separadamente, mas a partir de uma visão global e complexa. Tanto o Serviço Social quanto o Sistema de Saúde canadense se deram após a segunda guerra mundial e questionamentos em torno do “*Welfare State*”. Apesar de ambos os países, Brasil e Canadá terem aspectos diferentes em relação a população e investimento público, aspectos semelhantes dos Sistema de Saúde e território podem nortear práticas ou ações em saúde mental. A abordagem comunitária e continuidade do cuidado teriam proporcionado ao Canadá avanços que contribuíram a passagem de um sistema asilar para um sistema pautado na integração social, oferecendo condições favoráveis aos usuários e seus próximos, ressaltando a participação direta do usuário nas ações desenvolvidas, e, realizando acompanhamento nas atividades de adaptação, moradia, integração ao trabalho e estudos, defesa dos direitos, informação, escuta qualificada por telefone,

intervenção na crise, prevenção do suicídio e a luta contra o estigma (FRAZZATO; BIGATTO, 2019).

Desta forma, foram positivos os resultados alcançados em estudos internacionais sobre os efeitos do Sistema de Saúde canadense, de base comunitária, em pacientes com transtorno mental desinstitucionalizados. Onde foram observados aspectos como: a construção de uma rede social ampla; melhora na defesa dos direitos dos usuários; redução do estigma; acesso simplificado a assistência em geral; autoconfiança dos pacientes; redução de sintomas psíquicos, e, diminuição de internações psiquiátricas (GRENIER; FLEURY, 2014)

A realidade histórica e socioeconômica do contexto canadense pouco reflete a brasileira, mas não se afasta das ações inclusivas e modeladoras em saúde mental realizadas no Brasil.

Além dos Programas Pai-PJ e PAILI, as Medidas terapêuticas de base comunitária são adotadas no Brasil pelo Serviços/Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em conflito com a Lei (EAP), instituído através da Portaria MS/GM nº 94 de 2014, onde possui financiamento fixo, repassadas fundo a fundo pelo Ministério da Justiça, aqui estabelece um novo paradigma para a atenção às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, nele substitui as atuais modalidades de medida de segurança por medidas terapêuticas de base comunitária com investimento em programas para desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2014).

Considerando o Art. 4º, da Portaria nº 94, quanto aos objetivos da EAP são:

- I. Realizar avaliações biopsicossociais e apresentar proposições fundamentadas na Lei 10.216 de 2001 e nos princípios da PNAISP, orientando, sobretudo, a adoção de medidas terapêuticas, preferencialmente de base comunitária, a serem implementadas segundo um Projeto Terapêutico Singular (PTS).
- II. Identificar programas e serviços do SUS (Sistema Único de Saúde) e do SUAS (Sistema Único de Assistência Social) e de direitos de cidadania, necessários para a atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e para a garantia da efetividade do PTS (Projeto Terapêutico Singular).
- III. Estabelecer processos de comunicação com gestores e equipes de serviços do SUS e do SUAS e de direitos de cidadania e estabelecer dispositivos de gestão que viabilizem acesso e co-responsabilização pelos cuidados da pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei.
- IV. Contribuir para a ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde, pelo beneficiário, em consonância com a justiça criminal, observando a regulação do sistema.
- V. Acompanhar a execução da medida terapêutica, atuando como dispositivo conector entre os órgãos de Justiça, as equipes da PNAISP e

programas e serviços sociais e de direitos de cidadania, garantindo a oferta de acompanhamento integral, resolutivo e contínuo.

VI. Apoiar a capacitação dos profissionais da Saúde, da Justiça e de programas e serviços sociais e de direitos de cidadania para orientação acerca de diretrizes, conceitos e métodos para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei.

VII. Contribuir para a realização da desinternação de pessoas que cumprem medida de segurança em instituições penais ou hospitalares, articulando-se às equipes da PNAISP, quando houver, e apoiando-se em dispositivos das redes de atenção à saúde, assistência social e demais programas e serviços de direitos de cidadania (BRASIL, 2014).

Dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) opera a EAP, esta, cria mecanismos de assistência à saúde, fortalecendo os determinantes sociais, e minimizando marcadores psicossociais específicos do processo de desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental privadas de liberdade, tais como: reincidência criminal, falta de moradia e bens para manutenção das necessidades básicas. Sua atuação se dá como dispositivo conector entre a justiça e a rede de atenção psicossocial, onde se constitui como equipe multiprofissional que avalia e acompanha as singularidades e necessidades apresentadas de forma individual a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei egresso dos sistemas prisionais, e propõe de forma compartilhada a responsabilidade com o usuário sob as medidas terapêuticas aplicáveis em todas as fases do seu processo criminal. Em Campo Grande - MS a EAP atua desde 2019 e é constituída por equipe interdisciplinar, sendo 1 (um) enfermeiro, 1 (um) médico Psiquiatra ou com experiência em Saúde Mental, 1 (um) psicólogo, 1 (um) assistente social e 1 (um) profissional com formação em ciências humanas, sociais ou de saúde. Suas intervenções almejam uma reabilitação bio-psico-social dos pacientes atendidos e a efetividade das ações é crucial para inclusão desses pacientes na sociedade, evitando retorno aos sistemas prisionais ou outros problemas decorrentes no pós-institucionalização. Dessa forma, descrever sobre as intervenções realizadas pela EAP contribuirá para valorização das ações já desenvolvidas, bem como almeja incentivar locais que não dispõem da EAP implantá-la. Esta pesquisa de caráter científico anseia nortear novas pesquisas relacionadas a EAP, ressaltando as poucas publicações encontradas (BRASIL, 2014).

Lhacer (2019) aponta que no decorrer do processo de desinstitucionalização, a atuação interdisciplinar desenvolvida pela EAP apresenta-se não apenas como um dispositivo capaz de proporcionar uma qualidade de vida ao louco infrator, mas como uma possibilidade de implantar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica nas

medidas de segurança, combatendo de certa forma a “pobreza” estruturada exposta ao encarcerados, e não o combate aos “pobres” como na Política encarceradora brasileira.

2.3 Parceria intersetorial em Saúde mental na Estratégia Saúde da Família

Os processos e estratégias da Reforma Psiquiátrica, buscam promover saúde e inclusão do paciente com transtorno mental egresso do sistema penitenciário em todo e qualquer espaço coletivo, esse pertencimento social como cidadãos de direitos, se faz ação de vários atores e articulação entre os mesmos. O “Projeto Reintegra” onde se inclui a equipe multiprofissional da EAP de Campo Grande - MS, possui parceria em conjunto com Ministério Público, Poder Judiciário (Varas de Execução Penal (Covep), Defensoria Pública, Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário (Agepen), Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública (Sejusp), Polícia Militar, Secretaria Estadual de Saúde (SES) e Secretaria Municipal de Saúde (SESAU). E mediante a análise singular de cada paciente são realizadas as devidas contrarreferências e articulação a rede (BRASIL, 2014).

O fortalecimento de parcerias intersetoriais na área da educação, assistência social, justiça e saúde, foram pautas da última Conferência Nacional de Saúde Mental, edição VI, ocorrida há mais de uma década. A territorialidade e regionalização foram elencadas como estratégias de gestão a fim de romper com atendimentos fragmentados de diferentes setores em Saúde Mental, bem como o suporte das Equipe de Referência e Equipe de Apoio Matricial, disposto como uma das estratégias do Humaniza SUS, se acoplam para olhar o paciente observando sua singularidade, não esquecendo da sua totalidade (BRASIL, 2010).

A capilaridade territorial da atenção básica, como equipe de Apoio Matricial, destaca-se por sua inserção territorial junto à comunidade e contato preferencial dos usuários, se norteia como ponto forte do acompanhamento aos pacientes com transtorno mental desinstitucionalizados. Uma vez que vivemos em uma sociedade de constantes mudanças, o retorno do louco infrator se forma em um ambiente diferente do que vivia antes da prisão, seja pelo avanço tecnológico, mudanças do modo de vida, de pensar, de agir e de hábitos. Estas transformações podem ser

sentidas de forma mais acentuada aos que antes estavam institucionalizados (DIMENSTEIN et al, 2021).

Desta forma, a construção de projetos de inclusão no local em que vive, se torna mais amigável a ressocialização dentro da comunidade. Este cuidado em território implica estar atento as singularidades apresentadas pelos assistidos, acolher as dificuldades apresentadas e acionar os recursos necessários por meio de articulação intersetorial. A Estratégia Saúde da Família devido a sua proximidade junto ao paciente e rede de apoio se torna ponto focal junto a inserção social destes pacientes (OLDSHOWSKY et. al, 2014).

A construção compartilhada do diagnóstico e terapêuticas entre as equipes da EAP, RAPS e da Atenção Básica, requer inicialmente o reconhecimento das complexidades apresentadas, bem como suas necessidades, e de posse de tal problemática olhar a sintomatologia do doente e não da doença. A integralidade do cuidado em Saúde Mental é um desafio, e a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem rompendo barreiras, como destacam Oldshowsky et al (2014), em sua pesquisa junto a uma ESF do município de Porto Alegre – RS, onde relatam que parcerias firmadas entre Associação de Moradores e Universidades locais, fomentam um ressignificar não apenas na inserção do paciente com transtorno mental em sociedade, mas ampliam a visão da comunidade sobre a loucura. As atividades desenvolvidas nesta pesquisa, traz suporte de estagiários junto à comunidade, onde realizam visita domiciliar junto a equipe ESF local aos assistidos, e as ações possuem foco no acolhimento social e escuta qualificada em dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais.

Ações de integralidade do cuidado ultrapassam aspectos meramente biomédico e medicamentoso, abrangem projeto de vida pós desinstitucionalização, como retorno a escola, inserção no mercado de trabalho, inclusão em esporte e lazer. Desta forma a integralidade materializa-se na medida que o acolhimento, vínculo, responsabilização entre gestores se articulam e dialogam. O território como espaço privilegiado para Saúde Mental é descrito também por Souza, Amarante e Abrahão (2019), que apesar de identificar que o apoio matricial não está totalmente incorporado na lógica dos cuidados muitas vezes por falha na articulação entre a rede, se põe emergente desenvolver práticas de Saúde Mental na Atenção Básica, considerando os serviços locais disponíveis e articulação intersetorial.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar os marcadores sociais do processo de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei egressos dos sistemas penitenciários atendidos pela RAPS de Campo Grande - MS e sob supervisão da EAP local.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar os principais marcadores de fragilidade psicossocial da população de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei;
- Descrever os dispositivos assistenciais implementados para o processo de desinstitucionalização pela RAPS;
- Verificar a ocorrência de reincidência em crimes ou contravenções penais praticadas pelo paciente;
- Descrever os principais fatores relacionados com a reincidência criminal ou com marcadores de fragilidade social.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado com pessoas portadoras de transtornos mentais, egressas dos sistemas penitenciários e que foram desinstitucionalizadas pelo Projeto Reintegra onde a EAP de Campo Grande – MS se inclui. O total de pacientes desinstitucionalizados até abril de 2022 totalizam (n=41).

Todos os 41 usuários desinstitucionalizados (total da amostra), foram elegíveis para a pesquisa, destes, houve 3 (7,3%) recusas e 7 (17,1%) não obtivemos contato, resultando em uma taxa de resposta de 31 (75,6%) do total da amostra. A aceitação e assinatura do Termo de Livre e Esclarecido (TCLE) foi dividido entre os pacientes que respondiam legalmente por si 14 (45,1%) e aqueles curatelados 17 (54,9%).

As variáveis do estudo buscaram identificar dados sociodemográficos, onde foram considerados (idade, raça, estado civil, escolaridade, profissão, situação profissional, renda familiar e acesso aos benefícios disponíveis através das Políticas Públicas), juntamente com variáveis clínicas (diagnóstico, tempo de diagnóstico, acompanhamento regular pela RAPS, comorbidades, número de internações psiquiátricas e funcionalidade). E, os marcadores sociais comuns do processo de desinstitucionalização, tais como: local de residência atual ou a falta dela; acesso e vínculo com a rede de apoio familiar; e, reincidência criminal.

4.2 Ferramentas de coleta de dados

Os dados obtidos foram extraídos a partir de coleta de fontes primárias e secundárias. Através do acompanhamento junto a EAP, a pesquisadora observou as atividades técnicas desenvolvidas, reuniões intra e intersetoriais, e visitas institucionais em: Estabelecimento Penal Jair Ferreira de Carvalho, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III Afrodite Doris Conti, e nas três Residências Terapêuticas de Campo Grande – MS, onde possibilitou análise dos documentos produzidos em suas intervenções, como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), relatórios semanais da evolução dos pacientes e acesso a planilha institucional

utilizada pela EAP para acompanhamento dos mesmos, conhecida como “planilha Mãe”. Onde possibilitou extrair informações quanto idade, sexo, telefone, local de residência atual, local da RAPS que realiza acompanhamento, diagnóstico com Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas (CID), assessoria jurídica pública ou particular, se possui rede de apoio e se possui vínculo com a rede de apoio).

A Avaliação Global do Funcionamento (AGF) (MANTOVANI, 2015 apud ENDICOTT, et al. 1976) e o Questionário estruturado e adaptado para Estudo de moradias de portadores de transtorno mental grave no estado de São Paulo – edital universal 2010/CNPq (FURTADO et al. 2013), foram administradas de forma individual e manual, através de entrevistas aos 31 usuários que aceitaram participar da pesquisa, fornecendo consentimento informado e assinado por escrito.

As entrevistas foram aplicadas aos pacientes ou seus responsáveis legais, por meio de contato telefônico ou visitas previamente agendadas aqueles que optaram em realizar entrevista presencial, estas, foram realizadas nos locais de residências dos pacientes (casas e Residências Terapêuticas). O acesso aos TCLE's preenchidos e assinados, dos entrevistados por telefone, foram coletados de formas variáveis: por intermédio do CAPS de Referência; visita domiciliar nas residências ou via encaminhamento e recebimento do arquivo via *WhatsApp* solicitado.

4.2.1 Avaliação Global do Funcionamento – AGF

É uma escala validada em grau de score, que permite indicar o ponto de vista psicossocial e ocupacional, medindo o nível global de funcionamento do indivíduo. Podendo mensurar o comprometimento psicossocial causado pela doença e relacionar a adaptação psicossocial. O modelo desta escala se encontra no Anexo A. Destaca-se que sua pontuação varia de 0 a 100, quanto menor a pontuação, menor é a medida do nível global de funcionamento (ANEXO A).

4.2.2 Questionário adaptado para Estudo de moradias de portadores de transtorno mental grave no estado de São Paulo – edital universal 2010/CNPq

É um questionário desenvolvido por Furtado et al, 2013, que utilizou a técnica de Delphi e participação de trabalhadores do CAPS, o objetivo central da pesquisa, foi analisar as condições de moradia da população portadora de transtorno mental grave, bem como condições socioeconômicas e clínicas. O questionário original possui 5 blocos de pesquisa e 71 perguntas, compostas por (Aspectos Clínicos, socioeconômicos, características do imóvel, inserção social, autonomia e satisfação com a habitação. Nesta pesquisa, houve a necessidade de adequação do questionário, com exclusão de questões repetidas e questões não afins aos objetivos deste estudo, de tal modo o desdobramento de questões enfáticas relacionadas a rede de apoio do usuário e reincidência criminal, onde dispõe de Aspectos clínicos, socioeconômicos, rede de apoio, inserção social e reincidência criminal. (ANEXO B).

4.3 Participantes

Dos 71 pacientes acompanhados pelo Projeto Reintegra onde se insere a EAP de Campo Grande - MS, 41 (57,8%) foram desinstitucionalizados, 3 (4,2%) evoluíram à óbito dentro das prisões, e 27 (38,0%) encontram-se em regime prisional aguardando processo de desinstitucionalização. Os motivos que impedem a reinserção em sociedade são diversos, onde 17 (63,0%) aguardam decisão judicial; 6 (22,2%) estão à espera de vaga em Residência Terapêutica; 3 (11,1%) aguardam vaga em CAPS e 1 (3,7%) avaliação da EAP.

Considerou-se para pesquisa os 41 pacientes portadores de transtorno mental grave egressos dos sistemas prisionais e desinstitucionalizados pelo “Projeto Reintegra”.

4.4 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão foram:

- ✓ Diagnóstico de transtorno mental;
- ✓ Histórico de conflito com a lei;
- ✓ Ser egresso dos sistemas prisionais do município de Campo Grande – MS;
- ✓ Ser acompanhado pelo Projeto Reintegra onde se inclui a EAP.

4.5 Tabulação

Os dados foram organizados em planilhas, tabelas e gráficos do programa estatístico do Microsoft Excel, respeitando a análise dos objetivos propostos. Os resultados foram gerados pela soma quantitativa, média aritmética e porcentagens das variáveis de interesse (MICROSOFT Corporation, 2016).

4.6 Aspectos éticos

O estudo foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – CEP/UFMS (nº 5.038.376 de 14 de outubro de 2021).

Sendo respeitada em todas as etapas da pesquisa os aspectos éticos da resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 e resguardando o direito à privacidade e armazenamento dos documentos analisados.

Encontra-se anexos:

- Aprovação do CEP/UFMS (ANEXO C);
- Termo de parceria para pesquisa na área da saúde (Secretaria Municipal de Saúde) (ANEXO D);
- Autorização da Secretaria Municipal de Saúde para realização da pesquisa (ANEXO E).

5 RESULTADOS

A divisão e organização dos resultados foram desmembrados conforme estabelecido no questionário destinado ao paciente com transtorno mental elaborado por Furtado et al, 2013, e adaptado para esta pesquisa, cita-se: ‘Aspectos Socioeconômicos’, ‘Aspectos Clínicos’, ‘Inserção Social’ e ‘Reincidência Criminal’. A fim de considerar o funcionamento psicológico, social e ocupacional dos entrevistados, a Escala de Avaliação Global de Funcionamento (AGF) foi aplicada e disposta em “Aspectos Clínicos”.

5.1 Aspectos Socioeconômicos

Na Tabela 1 a seguir, verifica-se a relação completa dos “Aspectos Sociodemográficos”, que incluem a identificação do paciente. Observa-se a faixa etária dos entrevistados em que 23 (74,2%) possuem entre 30 a 59 anos, e 8 (25,8%) possuem entre 18 a 29 anos, média de idade de 37 anos. Os indicadores em ordem de maior incidência observam-se predomínio do sexo masculino 30 (96,7%), raça negra ou parda 19 (61,3%) e estado civil solteiro 27 (87,1%). Quanto a escolaridade, os que se identificaram como analfabetos e os possuem ensino fundamental incompleto totalizaram um número de 22 (70,9%).

Tabela 1 – Perfil Sociodemográfico dos pacientes desinstitucionalizados pelo Projeto Reintegra e EAP.

Variável	(n = 31)	%
Sexo		
Feminino	1	3,2
Masculino	30	96,8
Faixa etária		
18 a 29 anos	8	25,8
30 a 59 anos	23	74,2
Cor da Pele		
Branca	10	32,3
Preta	4	12,9
Parda	15	48,4
Indígena	2	6,5
Situação Conjugal		
Solteiro	27	87,1
Casado	2	6,5
União Estável	1	3,2
Separado	1	3,2
Escolaridade		
Analfabeto	3	9,7
Ens. Fundamental Incompleto	19	61,3
Ens. Fundamental Completo	4	12,9
Ens. Médio Incompleto	2	6,5
Ens. Médio Completo	1	3,2
Ens. Superior Incompleto	1	3,2
Ens. Superior Completo	1	3,2

Em relação a renda familiar e suas variáveis, disponível na Tabela 2, destaca-se que 16 (51,6%) dispõem de até 1 salário mínimo, que advém: da soma de trabalho laboral exercido por um ou mais membros residentes do domicílio; benefícios disponíveis através das Políticas de Assistência Social, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS) e benefícios dos programas de transferência de renda, no momento nomeado como Auxílio Brasil; e, assistencialismo, observado a 13 (41,9%) dos pacientes, como complemento da renda ou na manutenção de bens e serviços essenciais.

Tabela 2 – Variáveis relacionadas aos rendimentos dos pacientes desinstitucionalizados pelo Projeto Reintegra e EAP.

Variável	(n = 31)	%
Renda Familiar		
Sem Renda	3	9,7
Até Meio Salário Mínimo	5	16,1
1 Salário Mínimo	8	25,8
>1 Salário Mínimo à 2 Salários Mínimos	7	22,6
>3 Salários Mínimos	2	6,5
Paciente em RT	6	19,4
Recebe ajuda de terceiros		
Sim	13	41,9
Não	18	58,1
Mantenedores do Lar		
Paciente	4	12,9
Rede de Apoio	14	45,2
Paciente + Rede de Apoio	11	35,5
Vive de doações	2	6,5
Situação Previdenciária		
Celetista	2	6,5
Trabalho Informal	3	9,7
Aposentado	2	6,5
Recebe BPC/LOAS	12	38,7
Desempregado - Aguarda Resposta do BPC/LOAS	8	25,8
Desempregado com resposta negativa do pedido de BPC/LOAS	4	12,9

Quanto à manutenção financeira do lar, 4 (12,9%) são exercidas apenas pelos pacientes; 14 (45,2%) apenas pela rede de apoio, o que inclui a manutenção financeira do Ministério da Saúde e SESAU; 11 (35,5%) pelos pacientes e rede de apoio; e 2 (6,5%) sobrevivem apenas de assistencialismo.

Quanto aos 6 (19,3%) pacientes assistidos pelas Residências Terapêuticas, 5 (83,3%) recebem BPC/LOAS e contribuem parcialmente com as despesas do lar, bem como estas despesas são custeadas mensalmente pelo Ministério da Saúde, e seus valores são destinados a manutenção das casas, como por exemplo (pagamento de aluguel, contas de água, luz e alimentos) (BRASIL, 2004).

Sobre os benefícios da Assistência Social, 3 (9,7%) recebem Auxílio Brasil, 12 (38,7%) recebem o BPC/LOAS, 8 (25,8%) aguardam resposta do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) sobre pedido do BPC/LOAS e 4 (12,9%) obtiveram negativa do BPC/LOAS pelo critério de renda ser superior a $\frac{1}{4}$ salário mínimo per capita.

Quanto a profissão desenvolvida antes do processo prisional, disposto na Tabela 3, nota-se uma variável de atividades que não necessitaram de qualificação em curso profissionalizante, que mediante aos relatos dos usuários, as experiências vieram adquiridas a partir das primeiras atividades laborais. De tal modo, destaca-se uma prevalência de 13 (41,9%) que nunca trabalharam e não possuem profissão.

Tabela 3 – Perfil por Profissão, desenvolvida antes da institucionalização prisional dos pacientes acompanhados pelo Projeto Reintegra.

Variável	(n = 31)	%
Nunca trabalhou e não possui profissão	13	41,9
Serviço Gerais	7	22,6
Pedreiro	3	9,7
Pintor	2	6,5
Trabalhador Rural	2	6,5
Ajudante de Cozinha	2	6,5
Metalúrgico	1	3,2
Trabalhador de Nível Superior	1	3,2

5.2 Aspectos Clínicos

Na Tabela 4, observa-se as variáveis dos aspectos clínicos dos 31 usuários entrevistados, cita-se diagnóstico por CID, tempo de diagnóstico, acompanhamento regular com a rede psicossocial, uso regular medicamentoso, outras comorbidades. Na Tabela 5, destaca-se o total de internações psiquiátricas a partir da institucionalização prisional e locais de internação.

Tabela 4 – Variáveis relacionadas aos Aspectos Clínicos dos pacientes desinstitucionalizados pelo Projeto Reintegra e EAP, no momento da entrevista.

Variável	(n = 31)	%
Diagnóstico com CID		
Esquizofrenia e outras Psicoses F 20.0/5/9/1	9	29,0
Transtorno mental comportamental devido uso SPA F12.2 F19.2 F19.7	9	29,0
Retardo mental F70 F71.1 F72.1	7	22,6
Transtorno afetivo bipolar F31.7	1	3,2
Transtorno da personalidade F60	1	3,2
Transtorno personalidade por lesão/disfunção cerebral F06.2 F06.8	2	6,5
Transtorno mental orgânico NE F09	1	3,2
Tempo de Diagnóstico		
Infância	7	22,6
Adolescência	5	16,1
Adulto antes da institucionalização criminal	3	9,7
Na Prisão	16	51,6
Acompanhamento na RAPS (Psiquiatra + uso medicamento prescrito)		
Regular	26	83,9
Irregular	5	16,1
Acompanhamento com profissionais da área da saúde, exceto Psiquiatra		
Unidade Saúde da Família (equipe multiprofissional)	7	41,2
Neurologia	1	5,9
Psicologia	9	52,9
Comorbidades		
Nega Comorbidades	18	58,1
Tuberculose	2	6,5
Epilepsia	3	9,7
Deficiência Cognitiva	3	9,7
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	1	3,2
Diabetes Mellitus e Hipertensão	2	6,5
Deficiência Auditiva	1	3,2
Deficiência Visual	1	3,2

Quanto a síntese do diagnóstico por CID dos entrevistados, duas categorias obtiveram o mesmo resultado, de 9 (29,03%) cada, o Transtorno Mental comportamental devido ao uso de Substâncias Psicoativas ilícitas (SPA) e Esquizofrenia e outras psicoses, estando em maior quantidade quanto aos demais pacientes avaliados por CID.

Em relação ao tempo de diagnóstico do transtorno mental, observa-se prevalência de 16 (51,6%) que obtiveram diagnóstico após o processo de institucionalização prisional, destes, 10 (32,3%) relatam sintomatologia leve

relacionados a patologia diagnosticada desde a infância ou juventude, potencializadas na prisão. Dos 12 (38,7%) que obtiveram diagnóstico na infância e juventude, 75% relataram que na época não realizavam acompanhamento na RAPS regular, bem como uso medicamento prescrito.

As dificuldades de diagnóstico foram observadas do mesmo modo quanto as comorbidades, onde 18 (58,1%) negam possuir outras doenças de base, destes, 11 (61,1%) não realizam acompanhamento regular na rede de atenção à saúde. Em relação as demais comorbidades encontradas, 8 (25,8%) pacientes, realizam acompanhamento regular na Unidade Saúde da Família da sua região, 2 (6,5%) acompanham em Centro Especializado Médico, 1 (3,2%) no Hospital Dia (destinados ao acompanhamento de paciente portador de Síndrome da Imunodeficiência adquirida (Aids) e 2 (6,5%) não realizam acompanhamento regular na rede de atenção à saúde.

Quanto ao acompanhamento do transtorno mental na Rede de Atenção Psicossocial à Saúde (RAPS), 26 (83,9%) relataram realizar regularmente seu tratamento no CAPS de referência e uso medicamentoso prescrito, 1 (3,2%) não realiza acompanhamento regular, destaca dificuldade por residir em local de difícil acesso e em área rural, todavia os medicamentos são utilizados conforme última prescrição, e 4 (12,9%) não realizam acompanhamento e não fazem uso medicamentoso regular.

Em relação as internações por motivações psiquiátricas desde a institucionalização prisional, destaca-se uma média de 6,06 internações por indivíduo, com soma total de 188 internações referentes aos 31 pacientes entrevistados. Quanto a recorrência de internações em Nº, 17 (54,8%) relataram média de 2 internações, 11 (35,5%) de 3 a 10 internações, 2 (6,5%) mais de 10 internações. Destaca-se que o paciente com maior número de internações foi >60.

Na Tabela 5, observa-se todos locais de internações psiquiátricas, incluídas as prisionais, onde destaca-se prevalência de 105 (55,8%) internações em alas ou hospitais psiquiátricos. Vale ressaltar que 2 (6,5%) dos pacientes desinstitucionalizados do regime prisional pelo Projeto Reintegra, mantêm-se em internações psiquiátricas permanente por decisão da rede de apoio familiar, 1 (3,2%) em hospital psiquiátrico e 1 (3,2%) em comunidade terapêutica, ambos particulares. Mediante relatos da rede de apoio, a decisão foi motivada pela dificuldade em lidar

com a doença nas suas residências e indisponibilidade de vagas manicômios/lar pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Tabela 5 – Variáveis relacionadas as internações psiquiátricas (locais e nº de internações) dos pacientes desinstitucionalizados pelo Projeto Reintegra, no momento da entrevista.

Variável	(n = 31)	%
Local de Internação Psiquiátrica		
Instituto Penal	31	16,5
Hospital Psiquiátrico ou Ala Psiquiátrica SUS	105	55,8
CAPS pós desinstitucionalização	31	16,5
CAPS urgência e emergência	12	6,4
Hospital Psiquiátrico ou Ala Psiquiátrica Particular	5	2,7
Comunidade Terapêutica	4	2,1
Nº Total de internações	188	

Apesar do Questionário adaptado para Estudo de moradias de portadores de transtorno mental grave, fornece um arsenal de questões para avaliação dos Aspectos Clínicos, optou-se em agregar a Escala de Avaliação Global de Funcionamento (AGF) (Anexo A), que observa as atividades de vida diária dos pacientes entrevistados, assim consubstanciar as avaliações, que mesmo análogas, possuem singularidades que completam os Aspectos Clínicos.

Na Tabela 6, possui a descrição do quantitativo e sintomatologias encontradas na pesquisa quanto a aplicação da (AGF). Observa-se predomínio de pacientes com Sintomatologia Grave 10 (32,3%), seguido por Deficiência em testes de realidade ou na comunicação 5 (16,1%). Devido a insuficiência de informações 5 (16,1%), obtiveram pontuação 0, impossibilitados de serem avaliados pela AGF.

Tabela 6 – Variáveis da Escala de Avaliação Global de Funcionamento (AGF) aplicada aos pacientes desinstitucionalizados pelo Projeto Reintegra e EAP.

Variável	(n = 31)	%
Funcionamento Superior em um largo espectro de atividades 100 - 91	0	0
Ausência ou sintomatologia mínima 90 - 81	1	3,2
Sintomas transitórios ou associado a stress 80 - 71	2	6,5
Sintomatologia leve 70 - 61	2	6,5
Sintomatologia moderada 60 - 51	3	9,7
Sintomatologia grave 50 - 41	10	32,3
Algumas deficiências em testes de realidade ou comunicação 40 - 31	5	16,1
Delírios e alucinações 30 - 21	2	6,5
Perigo de magoar a si ou a terceiros	1	3,2
Perigo persistente de magoar a si ou a terceiros 10 - 01	0	0
Informação insuficiente 0	5	16,1

5.3 Inserção Social e Reincidência Criminal

Na Tabela 7, dispõe dos locais de moradia pós desinstitucionalização prisional, tipos de residências, condição do imóvel e sua estrutura.

Tabela 7 – Locais de Moradia dos pacientes desinstitucionalizados e acompanhados pelo Projeto Reintegra.

Variável	(n = 31)	%
Local atual de Residência		
Residência com a rede de apoio	20	64,5
Residências Terapêuticas	6	19,4
No CAPS	1	3,2
Institucionalizado Clínica Psiquiátrica Particular (opção da família)	1	3,2
Institucionalizado Comunidade Terapêutica Particular (opção da família)	1	3,2
Institucionalizado em Regime Prisional por Reincidência Criminal	2	6,5
Quanto aos desinstitucionalizados em Residências e Residências Terapêuticas (n = 26)		
Condição do Imóvel		
Próprio	9	34,6
Alugado	5	19,2
Cedido	12	46,2
Tipo do Imóvel		
Edificação Isolada	17	65,4
Edificação Compartilhada	9	34,6
Estrutura do Imóvel		
Alvenaria	21	80,8
Madeira	5	19,2

Observa-se que 20 (64,5%) pacientes assistidos encontram-se em suas residências, 6 (19,4%) residem em RT's e 1 (3,2%) aguardam no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) vaga para uma das residências. Foram consideradas o acesso e vínculo com a rede de apoio familiar, conforme observado na Tabela 8, onde 8 (25,8%) relataram não possui vínculo ou vínculo fragilizado ou rompido e 23 (74,2%) relataram bom vínculo. Quanto aos indicadores de pacientes em situação de rua, dos 31 desinstitucionalizados, 15 (48,4%) relataram situação de rua em algum momento após saírem da prisão para 16 (51,6%) que não estiveram em situação de rua. Destacam-se que as situações de rua relatadas foram momentâneas, não identificando nenhum paciente sem residência fixa.

Tabela 8 – Variáveis de situação de rua e vínculo com a rede de apoio dos pacientes desinstitucionalizados e acompanhados pelo Projeto Reintegra.

Variável	(n = 31)	%
Situação de Rua		
Sim	15	48,4
Não	16	51,6
Vínculo com a Rede de apoio		
Sim	23	74,2
Não	8	25,8
Reincidência Criminal (com ou sem conhecimento da justiça)		
Sim	11	35,5
Não	20	64,5

A prática de infrações penais foi relatada por 11 (35,5%) pacientes desinstitucionalizados pelo Projeto Reintegra, destes, 3 (27,3%) as autoridades (judiciária e policial) obtiveram conhecimento, sendo que dois retornaram à institucionalização prisional, e 8 (72,7%) praticaram infrações penais sem conhecimento das autoridades.

Dos tipos de infrações penais, 7 (63,6%) relataram furto de alimentos e/ou bens de consumo em geral, 2 (18,2%) informaram que não cumpriram medidas de segurança quanto ao uso da tornozeleira eletrônica, deixando descarregada ou não utilizando regularmente, e 2 (18,2%) descompriu condicional, retornando à institucionalização prisional.

Foi correlacionado a “situação de rua”, “reincidência criminal” e “vínculo com a rede de apoio”. Destaca-se que dos 15 (48,4%) que ficaram em situação de rua em algum momento após desinstitucionalização pela EAP, 7 (46,7%) praticaram qualquer tipo de infrações penais, com ou sem ciência das autoridades, bem como 7 (46,7%) relataram possuir vínculo rompido ou fragilizado com a rede de apoio. Quanto a Situação de rua e acesso ao Benefício de Prestação Continuada, 8 (53,3%) relataram receber o benefício.

Quanto a assessoria jurídica, 24 (77,4%) relataram acesso a Defensoria Pública e 7 (22,6%) a advogado particular.

6 DISCUSSÃO

6.1 Aspectos Socioeconômicos

O relatório nacional da Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) 2019, traz que a maior parcela da população brasileira enfrenta uma pobreza acentuada. A Seguridade Social que dispõe de um arsenal de direitos que objetivam minimizar as mazelas sociais com a inclusão de Políticas de Assistência Social, Previdência e Saúde, de acordo com Boschetti, 2006, tais ações são espelhadas nos modelos europeus Bismarckiano e Beveridgiano, que apesar de serem pilares da proteção social brasileira, são pouco adaptadas para as mazelas nacionais e reforçam ainda mais a desigualdade e pobreza estrutural do país.

Damas e Oliveira, 2013 e Lermen et al, 2015, em suas pesquisas, observaram o perfil sociodemográfico e o acesso aos direitos penais dos detentos de prisões brasileiras, argumentam que a situação social vulnerável favorece a expansão da criminalidade, sugere-se que aproximadamente 95% do contingente carcerário são oriundos de classes socialmente excluídas, enfatizam que os transtornos mentais são comuns nas prisões, e suas sintomatologias são acentuadas devido múltiplos fatores, destacam prisões com superlotação, ócio e fragilidade no acesso aos direitos penais e da saúde.

Oliveira et al, 2022 ratificam em seu artigo para Revista REFACS o mesmo perfil sociodemográfico, que corrobora com dados alcançados nesta pesquisa, onde destacam um sujeito marcado pela pobreza, com predomínio do sexo masculino, jovens em condições laborais, trabalhadores informais ou desempregados, solteiros, negros e pardos, com baixa escolaridade (até ensino fundamental) e provenientes de camadas populares em situação de exclusão pelas Políticas Públicas.

Os dados do Departamento Penitenciário Nacional de 2016, indicam que do total de presos brasileiros no sistema penitenciário federal, 73% são negros, 17% possuem entre 18 a 29 anos, 75% possuem entre 30 a 45 anos e 45% não concluíram o ensino fundamental. Minayo, 2014, destaca que o contingente carcerário é denominado de “classes populares”, por sua vez, Wacquant, 2001, faz críticas mais duras ao destacar que as prisões brasileiras são “campos de concentração para pobres”.

Embora que o perfil sociodemográfico encontrado no banco de dados internacionais possuam diferenças comparadas ao Brasil, como um nível maior de escolaridade e a situação de raça estar muitas vezes vinculada ao estrangeiro, observa-se um paralelo que destacam uma população em desigualdade social confrontadas aos demais membros de seu grupo, inclusive prevalência de transtorno mental entre encarcerados e desinstitucionalizados, se pondo emergente ações de saúde pública, como terapêuticas e preventivas à população assistida (BAÑOS et al, 2016; FOVET et al, 2020; PAT et al, 2021; TIRUMANI et al 2020).

O acesso dos pacientes do “Projeto Reintegra” às Políticas Sociais Públicas, através dos Programas de transferência de renda, como o Auxílio Brasil e Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS), observa-se baixa adesão, negativas e morosidade na sua liberação. Os que aguardam aprovação do BPC/LOAS relataram tempo moroso e baixa acessibilidade aos canais do INSS, onde o acesso as respostas e andamento do pedido dos benefícios se faz exclusivamente de forma digital, através das plataformas on-line e telefone fixo. Há possibilidade de conversar pessoalmente com assistente social da previdência social, todavia requer agendamento progressivo via canais on-line.

A utilização das tecnologias da informação no âmbito da previdência social foi descrita por Klein e Santos, 2019, onde relatam que a inovação tecnológica desenvolvida pelo INSS, além de desafogar as demandas das agências, caminham junto com a velocidade de informações digitais, benéfico a diversos grupos, tanto os imediatistas, quanto aqueles que residem em locais afastados das agências ou que desejam otimizar tempo. Todavia a equidade no acesso é emergente e alternativas aos demais grupos devem ser observadas, onde, usuários que nunca obtiveram acesso à internet ou apesar do conhecimento com as mídias digitais não possuem recursos financeiros para tal, possam usufruir dos serviços ofertados pelo instituto.

Os pacientes que obtiveram negativa do BPC/LOAS pelo critério de renda ser superior a $\frac{1}{4}$ salário mínimo per capita, relatam desconhecimento quanto às mudanças estabelecidas em lei para aquisição do benefício, onde observa-se não apenas a renda per capita, mas demais elementos que comprovem miserabilidade, neste caso, a renda per capita passa a ser de $\frac{1}{2}$ salário mínimo, levando aos pacientes com pedido negado anteriormente a critério atual de acesso ao BPC/LOAS (BRASIL, 2021).

Outro fator destacado, foi o receio da perda do Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS), que até meados de 2021, o usuário em seu usufruto não poderia exercer função laboral, pois perderia o acesso ao benefício citado. Fato este alterado pela Lei 14.176 de 2021, onde o paciente poderá exercer função laboral celetista com recebimento de benefício de “Auxílio Inclusão”, este, apesar de substituir o BPC/LOAS, o usuário mantém o recebimento mensal do benefício, reduzido à metade do valor recebido anteriormente (BRASIL, 2021).

As recentes mudanças para acesso ao BPC/LOAS, disposto na Lei 14.176 de 2021, requer uma atenção intersetorial da Rede de Atenção à Saúde e Assistência Social, a fim garantir o benefício aos pacientes que atendem ao novo perfil estabelecido em lei, pois abrange uma quantidade maior de usuários. Desta forma, a integralidade de acesso ao benefício materializa-se na medida em que ocorre as orientações, contrarreferência e encaminhamentos aos usuários.

Tais problematizações são citadas por Castilho e Lemos, 2021, que dispõem que devido ao avanço ultraneoliberal e seus impactos na seguridade social brasileira nos últimos anos, como: contrarreformas na Previdência Social, privatizações, cortes na política de Assistência Social ocorridas em 2019 através da Portaria nº 2362/2019 e desmontes do SUS, o acesso atual as Políticas Públicas são mais fragmentadas e de difícil acesso.

Quanto aos pacientes que nunca trabalharam e não possuem profissão, tem como relato dos entrevistados que em decorrência da doença, dificuldade encontrada no acesso ao primeiro emprego e falta de qualificação, nunca adentraram ao mercado de trabalho. Aqui podemos citar a pesquisa de Oldshowsky et al, 2014, desenvolvida no município de Porto Alegre – RS, onde destacam que ações de integralidade do cuidado em Saúde Mental, como o suporte da capilaridade da Estratégia Saúde da Família (ESF) e parcerias entre Associação de Moradores e Universidades locais, abrangem projeto de vida pós desinstitucionalização, como: retorno a escola, inserção no mercado de trabalho, inclusão em esporte e lazer. Tais ações fomentam um ressignificar não apenas na inserção do paciente com transtorno mental em sociedade, mas ampliam a visão da comunidade, estagiários e profissionais sobre a loucura.

6.2 Aspectos Clínicos

A prevalência de Transtorno Mental na população carcerária possui destaque em estudos nacionais e internacionais. Na desinstitucionalização, o acompanhamento psicossocial na Atenção à Saúde Mental junto a ações socioassistenciais são fundamentais para inclusão do sujeito em sociedade (OLIVEIRA et al, 2022; DANTAS e OLIVEIRA, 2013; ALMEIDA et al, 2018; FAZEL e SEEWALD, 2012; TIRUMANI, 2020; BAÑOS et al, 2016; FOVET et al, 2020).

O uso de Substâncias Psicoativas ilícitas (SPA), Esquizofrenia e outras psicoses e Deficiência Mental, foram prevalentes nesta pesquisa, e são observadas em estudos nacionais como os principais transtornos mentais encontrados entre os encarcerados e desinstitucionalizados. Oliveira et al, 2022 relataram em sua pesquisa junto a população carcerária detida no presídio de Caçador – SC, que 63% dos entrevistados possuem diagnóstico de Substâncias Psicoativas ilícitas (SPA) e 12% Esquizofrenia. Dantas e Oliveira, 2013, descreve que o abuso de drogas é realidade no sistema prisional e raramente recebem o tratamento de saúde necessário. Oliveira et al, 2018, destacam que dos transtornos mentais diagnosticados em um manicômio judiciário do Estado do Ceará, 40,1% apresentam Esquizofrenia.

Em estudos internacionais da mesma temática, Fazel e Seewald, 2012, observaram em sua pesquisa bibliográfica, entre os anos de 1966 a 2010, as taxas de doenças mentais entre detidos de 24 países, e destacam que entre os transtornos psicóticos, a maioria eram casos de esquizofrenia, seguido por uso de drogas ilícitas. Fovet et al, 2020, expuseram para Revista European Psychiatry, o perfil sociodemográfico e clínico de presos recém-admitidos em uma prisão no norte da França, além da baixa escolaridade entre homens franceses, descrevem que a prevalência de diagnóstico de uso de substâncias psicoativas foi de 53,5%. Em um estudo desenvolvido em uma prisão na Índia, Tirumani et al, 2020, relataram que 83,5% dos encarcerados possuem algum transtorno mental, sendo que 56,9% tiveram diagnóstico de transtorno de humor e 13,8% totalizaram os diagnósticos de distúrbio de personalidade, abuso de substâncias psicoativas ilícitas e esquizofrenia. Baños et al, 2016, destacam uma prevalência ainda maior de transtorno mental em três prisões espanholas e associam as desigualdades sociais fator principal na institucionalização prisional, os transtornos mentais mais comuns foram 72,3%

abuso de substâncias psicoativas, 38,5% transtornos de humor e 34,2% transtornos psicóticos.

Em relação ao tempo de diagnóstico do transtorno mental, observa-se nesta pesquisa prevalência entre pacientes que obtiveram diagnóstico após o processo de institucionalização prisional, todavia, relatam sintomatologia leve desde a infância ou juventude, potencializadas na prisão. De tal modo, observa-se pacientes com diagnóstico na infância e juventude, que não realizaram acompanhamento na RAPS regular, bem como uso medicamento prescrito. Salienta-se como viés triplo ao diagnóstico tardio ou acompanhamento irregular dos transtornos mentais: a dificuldade de delimitar a doença na infância (SANTOS; OLIVEIRA, 2021; TENGAN; MAIA, 2004); a vulnerabilidade acentuada e o acesso a saúde pública dos usuários, destacando que as políticas públicas de saúde brasileira iniciada em meados na década de 80 pouco assistia a demanda populacional, atenuada a saúde mental (LERMEN et al, 2015); e a potencialidade do ambiente prisional, que mediante sua carência de natureza estrutural e processual, ócio e insuficiência de equipe de saúde acentuam a sintomatologia da doença (DAMAS; OLIVEIRA, 2013; LERMEN et al, 2015).

O modelo de internação/lar foi solicitado por uma parcela da rede de apoio durante as entrevistas da pesquisa, como motivação principal “a dificuldade em lidar com a doença mesmo contando com todo suporte da equipe da RAPS”. Acreditam que a melhor opção seriam os pacientes retornarem a uma institucionalização permanente, neste caso em internação psiquiátrica. Observa-se desconhecimento por parte dos assistidos quanto ao panorama da Luta Antimanicomial pós reforma Psiquiátrica e implementação das Políticas de Saúde mental do Brasil. Os dados não puderam ser quantificados por não fazerem parte do Questionário adaptado para Estudo de moradias de portadores de transtorno mental grave, de tal modo por não constar nos itens do projeto de pesquisa encaminhados ao comitê de ética da UFMS, todavia, sugere-se destaque da temática em pesquisas futuras a fim de nortear ações de educação em saúde para os assistidos da RAPS, uma vez que foi encontrado no banco de dados pesquisas afins, relacionadas a retrocesso da reforma psiquiátrica, substituição de manicômios por comunidades terapêuticas e privatização da saúde (PEREIRA; AMARANTE; DUARTE, 2018).

6.3 Inserção Social e Reincidência Criminal

Quanto aos locais de moradia pós desinstitucionalização prisional. Observa-se que a maior parcela dos desinstitucionalizados pelo “Projeto Reintegra” encontram-se em suas residências. Neste caso, destaca-se que a manutenção do vínculo com a rede de apoio familiar ocorreu desde a prisão. E no processo de desinstitucionalização, a rede de apoio foi acionado pela EAP, aceitou acolher o paciente em sua residência e prestar o suporte necessário conforme orientação das equipes das RAPs. Rosa, 2020, destaca que o vínculo com a rede de apoio familiar e suas influências, possibilitam alterar as relações sociais dos usuários, e romper com as respostas históricas do Estado pela via da institucionalização e segregação, bem com contornar a complexidade histórica entre os assistidos da saúde mental, instalando um retorno a sociedade saudável e com marcadores sociais mínimos.

Todavia nem todos os pacientes possuem vínculos com a rede de apoio, nesta pesquisa, apesar de observar prevalência de pacientes com bom vínculo familiar, nota-se pacientes sem vínculos ou com vínculos fragilizados. Baños et al 2016; Cattani et al 2020; Rosa e Silva 2020; e Winkler et al, 2016, sugerem que o acesso e vínculo com a rede de apoio familiar é um dos pilares no tratamento do transtorno mental, associada a resposta terapêutica positiva ao seu tratamento. No processo de desinstitucionalização é fator importante na redução dos indicadores de pacientes em situação de rua. Nesta pesquisa observa-se que os pacientes que relataram situação de rua em algum momento após saírem da prisão quase metade não possui vínculo com a rede de apoio ou possui vínculo rompido. Destacam-se que as situações de rua relatadas foram momentâneas, não identificando nenhum paciente sem residência fixa.

Outro fator que objetiva a redução da situação de rua dos pacientes desinstitucionalizados são as Medidas terapêuticas de base comunitária, conhecida como Residências Terapêuticas (RT), instituídas através da Portaria nº106/2020 e demais leis federais, são destinadas aos pacientes com transtorno mental, sem vínculo com a rede de apoio e impossibilitados de retornar a sua família de origem. A EAP, observa o vínculo com a rede de apoio do paciente desde a sua institucionalização em regime prisional, caso necessário, no processo de desinstitucionalização é solicitado vaga para acolhimento do paciente nas RTs. A escassez de vaga, mantêm-se a institucionalização prisional dos pacientes até o

Estado providenciar a vaga. O número de solicitações de vaga em RTs não considera apenas os pacientes institucionalizados em regime prisional, mas todo montante de pacientes com transtorno mental sem locais de moradia fixa, onde podemos destacar os usuários em situação de rua, àqueles que aguardam em hospitais, presídios e condicionados a avaliação jurídica no processo de desinstitucionalização (BRASIL, 2004; WINKLER et al, 2016).

Quanto a análise da assessoria jurídica, Cacicedo, 2018, relata maior morosidade na Execução Penal dos pacientes assistidos pela Defensoria Pública, de tal modo um mecanismo contraditório, que por vezes se torna mais violador do que garantidor de direitos, uma vez que as penas são cumpridas de maneira mais acentuadas do que determinada pelo legislador penal, fato este que denota aos relatos dos pacientes pesquisados quanto o maior período de cumprimento de pena aos assistidos pelo órgão público.

Os resultados quanto as “Reincidência Criminal” são destacados no banco de dados de pesquisas nacionais e internacionais, a ser um dos marcadores sociais do processo de desinstitucionalização (DAMAS; OLIVEIRA, 2013; LERMEN et al, 2015; WINKLER et al, 2016).

Nota-se que, o total de desinstitucionalizados pela EAP é considerado baixo comparado com a taxa de retorno ao sistema prisional observado pelo relatório do Conselho Nacional de Justiça de 2019, com média entre os estados brasileiros de 42% (BRASIL, 2019).

Destaca-se que o perfil analisado nesta pesquisa corrobora com um sujeito marcado pela pobreza, baixa escolaridade e desigualdade de oportunidades, acentuado ao histórico de institucionalização criminal ser ponto marcante na vida dessa população. Observa-se de tal modo, ênfase na relação do usuário com a Rede de apoio, esta, quando caracterizada como rompida ou fragilizada, denota maior reincidência criminal e situação de rua (BAÑOS et al 2016; CATTANI et al 2020; CONSTANTINO et al, 2016; e WINKLER et al, 2016).

Silvia e Rosa, 2020, destacam que trabalhar com o multifacetado e complexo perfil dos assistidos é um desafio presente no processo de trabalho da EAP, e corroboram em sua pesquisa qualitativa desenvolvida no estado do Piauí da autora, quanto aos entraves da reinserção em sociedade, onde descreve a escassez de vaga em RT e morosidade do poder judiciário. Em contrapartida, o fato da EAP criar estratégias de desinstitucionalização considerando a singularidade e equidade entre

os indivíduos, por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e sua avaliação voltada aos aspectos biopsicossocial, acompanhando-o através de um rastreamento desde sua institucionalização prisional, articulando e contrarreferenciando com a RAPs e Sistema Judiciário afim de uma desinstitucionalização com marcadores mínimos, corrobora com resultados subjetivos alcançados do seu processo de desinstitucionalização, do Projeto “Reintegra”, onde observa-se que nenhum paciente encontram-se em situação de rua permanente, baixa reincidência criminal e alto índice de acompanhamento psicossocial pela RAPs (ROSA; SILVA, 2020).

6.4 Desafios Encontrados

A aplicação da entrevista por meio do questionário de Questionário adaptado para Estudo de moradias de portadores de transtorno mental grave, desenvolvida por FURTADO et al 2013, permeado através da necessidade de explorar os marcadores psicossociais dos pacientes com transtorno mental desinstitucionalizados, levou em consideração uma articulação de saberes interdisciplinares e possibilitou para esta pesquisa uma análise complexa, psicossocial e clínica dos usuários.

O tempo de aplicação das entrevistas corroboram com a pesquisa citada por Furtado et al, 2020, onde foi gasto uma média de 45 minutos com cada entrevistado, destaca-se que devido a situações complexas apresentadas (Saúde Mental e Cárcere), houve necessidade de delonga na escuta qualificada, orientações sociais quanto aos direitos estabelecidos através das Políticas Públicas e contrarreferência a Rede Pública de Serviços a fim de garantia de direitos.

Houve necessidade de adequação do questionário, com exclusão de questões repetidas e questões não afins aos objetivos desta pesquisa, de tal modo o desdobramento de questões enfáticas relacionadas a rede de apoio do usuário e reincidência criminal.

Quanto a coleta de dados, houve dificuldade de acesso aos pacientes do Projeto Reintegra, muitos possuíam telefones desatualizados ou mesmo não possuíam telefone no cadastro junto a EAP, o que necessitou realizar busca ativa dos dados dos pacientes nos seguintes locais: instituição penal egressa, RAP's e Unidades de Saúde da Família. Em relação as negativas em participar das

pesquisas, os pacientes trouxeram como principal motivo, a dificuldade em lidar com assunto passado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No desenvolvimento desta pesquisa, realizada junto aos pacientes desinstitucionalizados, destaca-se um sujeito marcado pela pobreza, com baixa escolaridade e desigualdade de oportunidades, proveniente de camadas populares em situação de vulnerabilidade social e exclusão por parte das Políticas Públicas.

O histórico de institucionalização criminal é ponto marcante na vida dessa população, somado aos aspectos clínicos do transtorno mental, onde destacam a funcionalidade reduzida e necessidade de cuidados continuados, nota-se uma população complexa clínica e socialmente. Observa-se de tal modo, ênfase na relação do usuário com a rede de apoio, esta, quando caracterizada como rompida ou fragilizada, denota maior reincidência criminal e situação de rua.

Para expor tal discussão vale lembrar que os retrocessos e desconstrução de paradigmas, foram observados ao longo da história da saúde mental. No Brasil, ações do movimento da Reforma Psiquiátrica iniciadas em plena autocracia burguesa, obteve as colheitas dos frutos a partir de 2001 com a Lei Antimanicomial. As famílias, que múltiplas vezes tiveram seus lugares alterados junto as pessoas com transtorno mental, ganhou maior visibilidade e participação direta dos cuidados. Todavia a macha da história da Saúde Mental, trouxe marcadores psicossociais da desinstitucionalização, como o rompimento de vínculo familiar e dificuldade de acesso as Políticas Públicas, observadas nesta pesquisa. O que denota falta de moradia e vulnerabilidade social acentuada entre os desinstitucionalizados.

A falta de moradia é destacada como um dos entraves do processo de desinstitucionalização, e, apesar da importância das Residências Terapêuticas, e cogitação de criação de novas. Precisamos olhar para um caminho mais longo, voltada a garantia de direitos dentro do sistema penitenciário, como ações de manutenção e fortalecimento de vínculo familiar, que além de ser um fator preventivo do agravamento das doenças mentais, se transfigura em um ensaio para um processo de desinstitucionalização.

Trabalhar com o multifacetado e complexo perfil dos assistidos é um desafio presente no processo de trabalho da EAP, desenvolvidas a partir de 2019, pelo Projeto Reintegra de Campo Grande – MS, e apesar de sua inserção tardia, se reinventa em uma dimensão cultural não engessada, considerando a singularidade e equidade entre os indivíduos, por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e sua

avaliação voltada aos aspectos biopsicossocial, busca atuar nas diferentes situações apresentadas, acompanhando os pacientes através de um rastreio, desde a sua institucionalização prisional, articulando e contrarreferenciando com a RAPs, Atenção Básica e Sistema Judiciário afim de uma desinstitucionalização com marcadores mínimos, o que corrobora com resultados subjetivos alcançados nesta pesquisa, que observou alto índice de acompanhamento psicossocial pela RAPs, nenhum paciente em situação de rua permanente e baixa reincidência criminal.

A desinstitucionalização do louco infrator, ainda é um marco e uma caminhada desacelerada. As ações desenvolvidas pela EAP e apresentadas nesta pesquisa, mostrou um mecanismo capaz de desinstitucionalização prisional com marcadores mínimos. Neste sentido, considera-se importante novos estudos na temática a fim de compreender e observar a eficácia de sua atuação.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. P.; LIMA, R. P.; MORAES, A. C. L. N. M. Discursos sobre a Reincidência Penitenciária: Patologização, Institucionalização e Exclusão Social. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário 7 (2), 82-94, 2018. **Revista de Psicologia**, v. 03, n. 02, pp. 111-140, 2017.

BAÑOS, MC; SEGURA, A.; MAESTRE, M.; MARTINEZ, L.; RODRIGUEZ, M.; RODRIGUEZ, R. Mental disorder prevalence and associated risk factors in three prisons of Spain. **Rev Esp Sanid Penit**; 18: 13-23, 201.

BOSCHETTI, I. **Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação**. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. São Paulo: Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 2, capítulos 2, 3 e 4. Cortez, 2006.

BRASIL. **Código Penal – Lei 2.848 de 1940**. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm> Acesso em julho de 2020.

_____. **Lei de Execução Penal – Lei 7.210 de 1984**. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm> Acesso em julho de 2020.

_____. **Lei 10.216 de 2001**. Proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm> Acesso em Julho de 2020.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Residências Terapêuticas, o que são, para que servem. Série F. Comunicação e Educação em Saúde**. Dep. De ações programáticas estratégicas, 2004.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Assistência à saúde. **Relatório Final IV Conferência Nacional de Saúde Mental**. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial nº 1 de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. (03 jan 2014); Seção 1, 18-21.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de Saúde no Sistema Prisional – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias Atualizado (INFOPEN) – dezembro de 2016**. Ministério da Justiça e Segurança Pública.

Disponível em:

<<http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-sinteticos/infopen-dez-2016-rev-12072019-0802.pdf>> Acesso em 24 de junho de 2022.

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Reentradas e reinterações infracionais: um olhar sobre o sistema socioeducativo e prisional brasileiros**. Brasília: CNJ, 2019.

_____. **Lei nº14.176 de 22 de junho de 2021 que altera a Lei 8.742 de 07 de dezembro de 1993**. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Lei/L14176.htm#art1> Acesso em 22 de junho de 2022.

BRINDED, P.M.; SIMPSON, A.I.; LAIDLAW, T.M.; FAIRLEY, N; MALCOL, M. F. Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study. **Aust N Z Psychiatry**. 2001; 35(2): 166-173.doi: 10.1046/j.1440-1614.2001.00885. x. PMID: 11284897.

BRISSET, F. O. B. Um Dispositivo Conector - Relato da Experiência DO PAI-PJ/TJMG, Uma Política de Atenção Integral ao Louco Infrator, em Belo Horizonte. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.** 2010; 20(1): 116-128.

CACICEDO, P. O controle judicial da execução penal no Brasil: ambiguidade e contradições de uma relação perversa. **Rev. Bras. de Direito Processual Penal**. vol. 4, n. 1, p. 413-432. Porto Alegre, 2018.

CAMPOS, B. S; WANDEKOKEN, K; MOURA, R. C; SILVA, G. S. A Interlocução entre Saúde e Justiça no Acesso das Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, no Sistema de Justiça Criminal do Estado Espírito Santo. **Interdisciplinary Scientific Journal**. ISSN: 2358-8411 N° 5, volume 6, article nº 02, May, 2019.

CASTILHO, D. R; LEMOS, E. L. Neopolítica e governo Jair Bolsonaro: repercursões na seguridade social brasileira. **Rev. Katálysis**, 24 (2) May, 2021.

CATTANI, A.; RONSANI, Ana.; WELTER, L.; MELLO, A.; SIQUEIRA, D.; TERRA, M. Família que convive com pessoa com transtorno mental: genograma e ecomapa. **Revista de Enfermagem da UFSM**. RS, v.10, e6, p.1-19, Santa Maria, 2020.

CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G.; PINTO, L. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Ciência e Saúde Col.** 21 (7). Jun, 2016.

DAMAS, F. B; OLIVEIRA, W. F. **A Saúde Mental nas Prisões de Santa Catarina, Brasil**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. 5 (2) n, 12, p. 1 - 24, Fiocruz. Florianópolis, 2013.

DIMENSTEIN, M; SIMONI, A; MACEDO, J; NOGUEIRA, N; BARBOSA, B; SILVA, B; AMARAL FILHO, J; SILVA, R; LIBERATO, M; PRADO, C; LEAO, M; QUINTO, B;

SOARES, L. Equidade e acesso aos cuidados em saúde mental em três estados nordestinos. **Ciência e Saúde Coletiva**. 26 (5):1727-1738, 2021.

FAZEL, S; SEEWALD, K. Doença mental grave em 33.588 prisioneiros em todo o mundo: revisão sistemática e análise de meta-regressão. **British Journal of Psychiatry**, 200 (5), 364-373, 2012.

FOVET, T.; PLANCKE, L.; AMARIEI, A.; BENRADIA, I.; CARTON, F.; SY, A.; ROELANDT, J. Mental disorders on admission to jail: A study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France. **Rev. European Psychiatry**, 63(1), E43, 2020.

FRAZATTO, C. F; BIGATTO, K. R. S. Os organismos comunitários em saúde mental no Quebec, Canadá. **Rev. Physis** 29 (03) 25 Nov. Quebec, 2019.

FURTADO, J. P.; MOREIRA, M. I. B.; NOZABIELLE, S.; RODRIGUES, T. F.; MONTESANO, F. Desenvolvimento de questionário dirigido às condições de moradia de usuários de CAPS. **Rev. Saúde e Debate**, 37 (96), Mar, 2013.

GRENIER, G.; FLEURY, M. J. Rôle du communautaire en santé mentale dans un système en evolution: état des connaissances et recommandations. **Santé mentale au Québec**, v. 39, n. 1, p. 119-136, 2014.

KLEIN, A. D; SANTOS, E. R. A utilização das tecnologias da informação no âmbito da previdência social: a inclusão excludente da internet aos segurados previdenciários. **Brazilian Journal of Development** 5 (2), 1692-1701, 2019.

LERMEN, H. S; GIL, B. L.; CUNICO, S; JESUS, L. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis** 25 (3) Jul – Sep, 2015.

LHACER, P. M. V. **Transinstitucionalização: Caminhos e Descaminhos na Dinâmica de Internações e Desinternações de Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei do Estado de São Paulo**. Tese de Doutorado em ciências. Universidade de São Paulo, 2019.

LIRA, K. F. S. Hospitais de custódia, tratamento psiquiátrico e violação dos direitos humanos. **Rev. Inter. De Direitos Humanos**. v. 4, n. 2, p. 143-159, Bauru, 2016.

MACEDO, E. M. **Loucura e inclusão: o programa de atenção integral ao louco infrator (PAILI) como possibilidade de superação de estigma e reconhecimento de direitos**. Biblioteca Digital UFG. Dissertação de Mestrado em Direitos Humanos. Universidade Federal de Goiás, 2019.

MANTOVANI, L. M. **Estudo de Tradução, Adaptação e Validação da Versão Brasileira da UCSD Performance-based Skills Assessment (UPSA) em Pacientes com Esquizofrenia**. Dissertação de Mestrado em Neurociências. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

MICROSOFT Office for Windows 11. Edição 64 Bits. Microsoft Corporation, 2016.

MINAYO, M. C. **Estudo das Condições de Saúde e Qualidade de Vida dos Presos e Custodiados e das Condições Ambientais do Sistema Prisional do Rio de Janeiro**. Relatório de Pesquisa: FAPERJ; 2014.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social: Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 16 ed. Cortez. São Paulo, 2011.

OLIVEIRA, R; SOMENSI, L; LOCATELLI, C. Condições de saúde de detentos em um presídio da região meio oeste Catarinense. **REFACS** (online). 10 (1) Jan – Mar, 2022. ISSN: 2318-8413. Disponível em: < <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/2022-refacs-v10-n1-9.pdf>> Acesso em 24 de junho de 2022.

OLSCHOWSKY, A; WETZEL, C; SHNEIDER, J. F; PINHO, L. B; CAMATTA, M. W. Avaliação das Parcerias Intersetoriais em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família. **Texto contexto Enfermagem**. Jul - Set (23)3: 591-9. Florianópolis, 2014.

PAT, P; SUNDBERG, L; JEGANNATHAN, B; EDIN, K; SEBASTIAN, M. Mental health problems and suicidal expressions among Young male prisoners in Cambodia: a cross-sectional study. **Global Health Action**. Volume 14, Issue 1, 2021.

PEREIRA, D. M; AMARANTE P; DUARTE, P. **Saúde Mental, Retrocessos e Impasses: desafios para Reforma Psiquiátrica brasileira**. Convención Internacional de Salud, Cuba Salud, 2018.

PNUD. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2019**. Ministério de Negócios Estrangeiros. Programa das Nações Unidas. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/hdr_2019_pt.pdf> Acesso em julho de 2020.

RIVEST, M-P. La fin de l'asile? Histoire de la déhospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle. **Rev. Reflets** (25) 2, Lu pour vous, 2019.

ROSA, L. C. S. Transtornos mental e cuidado na família. 2ª ed. São Paulo, Cortez, 2003.

_____, Trabalho Social com famílias na perspectiva da política de saúde mental brasileira. In: TEIXEIRA, S. M (Org.). Campinas: Papel Social. p. 213-236. 2020.

ROSA, L. C. S; SILVA, S. L. **As Estratégias DE (Des) Institucionalização em Saúde Mental do Piauí e o caso das EAPS**: Contexto e Perspectivas. p. 125-156. Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2020.

_____, ROSA, L. C. S; SILVA, S. L. **Trabalho Social com famílias na perspectiva da política de saúde mental brasileira**. EDUFPI, Teresina, 2020.

ROSENBAUM, Y. Machado de Assis e Guimarães Rosa: loucura e razão em “O alienista” e “Darandina”. **Machado Assis Linha [online]** (9)19, p.93-109, ISSN 1983-6821, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-68212016000300093&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em Julho de 2020.

SANTOS, M. F; OLIVEIRA, M. E. de F. Linha do Tempo da Esquizofrenia e desenvolvimento humano. **Revista Transformar**. Vol 15. N. 1 E-ISSN: 2175-8255. Jan - Jun, 2021

SOUZA, A. C; AMARANTE, P. D; ABRAHAO, A. L. Inclusão da Saúde Mental na atenção básica à saúde: estratégia de cuidado no território. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2019; 72(6):1677-83.

TENGAN, S. K; MAIA, A. K. Psicoses funcionais na infância e adolescência. **Revista Jornal de Pediatria**.80(2), Rio de Janeiro, 2004. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000300002>> Acesso em 21 de junho de 2022.

TIRUMANI, R; VIDYA, V; RADHARANI, S. A study on prevalence of psychiatric morbidity and substance abuse among prisoners. **Open Journal of Psychiatry e Allied Sciences**. Volume 11, Issue: 2, ISSN 2394-2061, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5958/2394-2061.2020.00020.8>> Acesso em 27 de junho de 2022.

VIOLA, A. C. S. **Longo Caminho a Percorrer na Volta para a Sociedade. O Ministério Público e a Desinstitucionalização em Saúde Mental**. Fundação Osvaldo Cruz. ENSP. Rio de Janeiro, 2015.

VIOLA A. C.; PEPE V. L. E.; VENTURA, M. Longo Caminho a Percorrer na volta para a Sociedade: O Ministério Público e a Desinstitucionalização em Saúde Mental. **Revista Direito Sanitário**, v.20 n.2, p. 5-29, jul./out. 2019. São Paulo, 2019.

WACQUANT, L. **As Prisões da Miséria**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 2001.

WEBER, C. A. T; JUREMA, M. F. Paradigmas de Atenção e Estigma da Doença Mental na Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Rev. Psicologia, Saúde & Doenças**, 18(3), 640-656. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde – SPPS, 2017.

WINKLER, Petr; BARRET, Barbara; MCCRONE,Paul; CSÉMY, Ladislav; JANOUSKOVÁ, Miroslava; HOSCHL, Cyril. Deinstitutionalised patients, homelessness and imprisonment: systematic review. **BJPSYCH. The British Journal of Psychiatry**. doi: 10.1192/bjp.bp.114.161943, p. 421-428, 2016.

ANEXO A – Escala “Avaliação Global do Funcionamento” (AGF)

Código	(Nota: Usar códigos intermédios sempre que seja adequado, por exemplo, 45, 68, 72.)
100 91	Funcionamento superior num largo espectro de actividades, os problemas da vida nunca parecem ficar sem solução, é procurado por outros devido às suas muitas qualidades positivas. Ausência de sintomatologia.
90 81	Ausência ou sintomatologia mínima (por exemplo, ansiedade ligeira antes de um exame), bom funcionamento em todas as áreas, interesse e envolvimento num espectro alargado de actividades, eficaz socialmente, de uma maneira geral satisfeito com a vida, os problemas e as preocupações não ultrapassam os do dia-a-dia (por exemplo, discussão ocasional com familiares).
80 71	Se estiverem presentes sintomas, estes representam reacções transitórias e esperadas a factores de stress psicossocial (por exemplo, dificuldade em concentrar-se depois de uma discussão familiar); apenas uma ligeira deficiência do funcionamento social, ocupacional ou escolar (por exemplo, atraso temporário no rendimento escolar).
70 61	Alguma sintomatologia ligeira (por exemplo, humor deprimido e insónia ligeira) OU alguma dificuldade no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por exemplo, ociosidade ocasional ou furto no seio do agregado familiar), mas bastante bom funcionando de uma maneira geral, tem algumas relações interpessoais significativas.
60 51	Sintomatologia moderada (por exemplo, afecto embotado e discurso circunstancial, ataques de pânico ocasionais) OU dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por exemplo, poucos amigos, conflitos com colegas ou colaboradores).
50 41	Sintomatologia grave (por exemplo, ideação suicida, rituais obsessivos graves, frequentes furtos em lojas) OU qualquer deficiência do funcionamento social, ocupacional ou escolar (por exemplo, ausência de amigos, incapaz de manter um emprego).
40 31	Alguma deficiência em testes de realidade ou na comunicação (por exemplo, o discurso é, por vezes, ilógico, obscuro ou irrelevante) OU deficiência <i>major</i> em várias áreas, tais como trabalho ou escola, relações familiares, juízos, pensamento ou humor (por exemplo, homem deprimido que evita os amigos, negligencia a família e é incapaz de trabalhar; é frequente a criança espancar crianças mais novas, tem uma atitude de desafio em casa e mau rendimento escolar).
30 21	O comportamento é consideravelmente influenciado por actividade delirante ou alucinações OU grave deficiência na comunicação ou nos juízos (por exemplo, por vezes incoerente, actua com rudeza despropositadamente, preocupação suicida) OU incapacidade de funcionamento em quase todas as áreas (por exemplo, fica na cama todo o dia; não tem trabalho, nem casa nem amigos).
20 11	Algum perigo de magoar-se a si próprio ou aos outros (por exemplo, tentativas de suicídio sem esperar claramente a morte; frequentemente violento; excitação maníaca) OU não consegue ocasionalmente manter a higiene mínima pessoal (por exemplo, suja-se com fezes) OU acentuada deficiência na comunicação (por exemplo, muito incoerente ou sem expressão verbal).
10 1	Perigo persistente de magoar-se a si próprio ou aos outros (por exemplo, violência recorrente) OU incapacidade persistente para manter o mínimo de higiene pessoal OU acto suicida grave esperando claramente a morte.
0	Informação insuficiente.

ANEXO B - Questionário de vulnerabilidade psicossocial

Instrumento utilizado para estudo das condições de moradia de portadores de transtorno mental grave no estado de São Paulo – edital Universal 2020/CNPq- Universidade Federal de São Paulo

Questionário n.: _____
 Nome do CAPS: _____
 Município: _____
 Nome do entrevistador: _____
 Data da entrevista: ___/___/_____ Hora de início: ___:___
 Hora de término: ___:___

BLOCO I - IDENTIFICAÇÃO

Entrevistador: As respostas às questões 1 a 8 devem ser obtidas a partir dos próprios prontuários do usuário

1. Nome: _____
 2. Data de nascimento: / / _____
 3. Sexo: () Masculino () Feminino
 4. Alfabetizado: () sim () não
 5. Diagnóstico – CID 10: _____
 6. Endereço: _____
 Número:___ Complemento: _____ Bairro: _____ Município: _____
 7. Cor/raça:
 () Branca () Parda () Indígena
 () Preta () Amarela
 8. Situação conjugal
 () Solteiro(a) () Viúvo(a) () Separado(a)
 () Casado(a) () União estável () Divorciado(a)

BLOCO II – ASPECTOS DO QUADRO CLÍNICO

9. Há quanto tempo você faz tratamento psiquiátrico? ___ anos
 10. Quantas internações psiquiátricas você já teve? ___ internações
 11. Em que tipo de instituição esteve internado?
 () Hospital Geral () Clínica Particular () CAPS III
 () Hospital Psiquiátrico () Comunidade terapêutica () Outro tipo _____
 12. Você toma remédios psiquiátricos?
 () Não () Sim
 13. Você tem um profissional ou uma equipe no CAPS que o acompanha?
 () Não () Sim
 14. Você sente que pode contar com esse profissional ou equipe do CAPS quando necessita?
 () Não () Sim
 15. Você considera que o seu problema de saúde mental influencia atividades do dia a dia?
 () Nada () Muito pouco () Pouco () Muito
 16. Quais atividades?
 () Trabalho () Lazer () Relação com familiares
 () Estudos () Moradia () Relação com namorada(o)
 () Relação com as demais pessoas
 17. Você considera o seu problema de saúde mental:
 () Não grave () Grave
 18. Você tem outro problema de saúde?
 () Não () Sim
 Qual(is)? _____

BLOCO III – SOCIO ECONÔMICO

19. Qual é a sua escolaridade?

Não estudou Médio incompleto Superior incompleto
 Fundamental incompleto Médio completo Superior completo
 Fundamental completo

20. Qual é a sua situação profissional?

desempregado assalariado sem carteira assinada profissional liberal
 aposentado trabalhador diarista sem vínculos faz bicos
 assalariado c/ carteira assinada empregado doméstico

21. Recebe algum benefício do governo?

Não Sim

22. Em caso positivo, que tipo de benefício recebe?

Bolsa família Renda cidadã PVC (Programa Volta para Casa)
 Bolsa alimentação Aposentadoria Benefício de prestação contínua da/ BPC/ LOAS
 Auxílio-Gás Auxílio doença

23. Recebe ajuda de terceiros e doações?

Não Sim

24. Onde você mora?

Casa Abrigo Quarto alugado em domicílio
 Apartamento Residência Terapêutica Cortiço
 Rua Pensão Outros _____

25. Há quanto tempo você mora nesse local?

até 6 meses 6 a 12 meses 12 a 24 meses 24 ou mais

26. *(Para quem mora em rua ou abrigo)* Qual o principal motivo pelo qual você mora na rua ou abrigo?

Opção Separação conjugal Alcoolismo/Drogas Outros
 Desavenças familiares Perda da moradia Desemprego _____

27. *(Para quem mora em rua ou abrigo)* Você pretende deixar de morar na rua ou abrigo?

Não Sim

28. *(Para quem mora em rua ou abrigo)* Se sim, para onde? _____

AQUI, ENCERRA-SE A APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PARA O MORADOR DE RUA OU ABRIGO.

29. Quantas pessoas moram com você? _____

30. Quem é o principal responsável pelo sustento da família ou do grupo com que você mora?

O próprio Filho/enteado Pai/Mãe
 Cônjuge Outro parente Outros

31. Qual é a renda familiar ou do grupo com o qual você vive? (somando todos que tem renda) R\$ _____

32. Quanto do dinheiro que você recebe mensalmente é usado para manter sua moradia (aluguel, impostos, condomínio, manutenção, conta, etc.)?

todo o dinheiro mais da metade menos da metade nenhum dinheiro

BLOCO IV – CARACTERÍSTICAS DO IMÓVEL

33. Qual a condição legal de sua moradia?
- Própria e quitada Alugada Ocupada
 Própria e ainda pagando Cedida
-
34. A sua moradia está inserida em?
- Favela Edificação isolada Prédio de apartamentos
 Cortiço Condomínio fechado
-
35. Quantos cômodos de cada tipo há no domicílio?
- _____ Quartos _____ Cozinhas _____ Banheiros externos
_____ Salas _____ Banheiros internos _____ Outros
-
36. Quantas pessoas (excluíndo cônjuge) dormem no mesmo cômodo que você? _____
37. Quais destes serviços atendem a sua moradia? (marque um x naquele que o usuário tem acesso em sua casa)
- Telefone fixo Rede de esgoto Guias e sarjetas
 Internet Coleta de lixo Pavimentação
 Rede pública de água Transporte público Outros
 Rede pública de energia elétrica Iluminação pública
-
38. Dentre os lugares abaixo, quais estão próximos de sua moradia? (dá pra ir a pé)
- Creche Padaria Clube
 Escola de ensino fundamental/médio Açougue Igrejas
 Hospital/Pronto socorro Farmácia Caps
 Unidade Básica de Saúde Quitanda/mercearia Bares
 Agência bancária Supermercado CRAS
 Correios Centro Comunitário Centro Comunitário
 Comércio em geral Praça Unidade de Saúde
 Posto policial/Delegacia Quadra de esporte Outro _____

BLOCO V - INSERÇÃO SOCIAL E AUTONOMIA

39. Dos locais mencionados na questão 35, no bloco anterior, quais você frequenta?
- Creche Padaria Clube
 Escola de ensino fundamental/médio Açougue Igrejas
 Hospital/Pronto socorro Farmácia Caps
 Unidade Básica de Saúde Quitanda/mercearia Bares
 Agência bancária Supermercado Centro Comunitário
 Correios Associação de Bairro CRAS
 Comércio em geral Praça Unidade de Saúde
 Posto policial/Delegacia Quadra de esporte Outro _____
-
40. No dia a dia, com quais pessoas você conversa, fora de seu lugar de moradia?
- parentes (que não moram com você) colegas de trabalho namorado(a)
 vizinhos outros pacientes do CAPS/SRT ninguém
 desconhecidos comerciantes
 profissionais do CAPS/SRT pessoas ligadas à igreja

41. O relacionamento com as pessoas que moram com você, no momento atual, é:
- bom regular ruim não se aplica
-
42. Tomando como base, o momento atual, você conversa com as pessoas que moram com você
- Muito Pouco Nada Mora sozinho
-
43. Você costuma sair com algumas das pessoas que moram com você?
- Não Sim Mora sozinho
-
44. Você é convidado a participar de festas, comemorações, almoço, churrasco e outros encontros?
- Sempre Às vezes Nunca
-
45. Se sim, quem lhe convida?
- familiares usuários do Caps CAPS e outras instituições
 vizinhos usuários de outros serviços de saúde outros
 pessoal da igreja colegas de trabalho
-
46. Quando você tem um problema e precisa de ajuda, quem você procura?
- família pessoal da igreja pessoal da prefeitura
 amigos ou conhecidos pessoal do Caps pessoal do abrigo
 vizinhos colegas de trabalho ninguém
-
47. Quem procura você quando precisa de ajuda?
- ninguém vizinhos colegas de trabalho
 família pessoal da igreja colegas do CAPS/SRT
 amigos ou conhecidos pessoal do abrigo
-
48. Quem costuma visitá-lo em sua casa?
- minha família o pessoal da igreja pessoal da prefeitura
 meus amigos ou conhecidos o pessoal do Caps não costumo receber visitas
 meus vizinhos meus colegas de trabalho
-
49. Você recebe visita de profissionais da saúde (agente comunitário de saúde, médico, enfermeiro ou outro profissional do Caps)?
- Não Sim
-
50. Em caso afirmativo, quantas vezes ocorrem as visitas?
- diariamente semanalmente mensalmente
-
51. Quais das seguintes atividades você faz sozinho, sem ajuda?
- higiene pessoal tomar medicação
 ir nos locais de interesse na cidade realizar compras e pagamentos
 receber o seu dinheiro no banco
-
- BLOCO VI - Habitação e Satisfação**
-
52. Nos últimos 12 meses, em quantos lugares diferentes você morou? ____
-
53. O que motivou a sua última mudança? _____
-
54. Você tem fotos, plantas e/ou outros objetos de que você goste especialmente decorando sua casa?
- Não Sim
-
55. Você tem animais de estimação?
- Não Sim

57.	Você ajuda a cuidar do seu local de moradia?				
	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim		
58.	Você se sente à vontade para mudar os móveis e a decoração de sua moradia?				
	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Sim		
59.	Você tem vontade de mudar para outra moradia?				
	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim		
Avalie sua satisfação com seu local de moradia, de acordo com as características a seguir:					
60.	Conforto				
	<input type="checkbox"/> Nada satisfeito	<input type="checkbox"/> Pouco satisfeito	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito
61.	Segurança				
	<input type="checkbox"/> Nada satisfeito	<input type="checkbox"/> Pouco satisfeito	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito
62.	Privacidade				
	<input type="checkbox"/> Nada satisfeito	<input type="checkbox"/> Pouco satisfeito	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito
63.	Como você se sente em relação ao bairro onde mora?				
	<input type="checkbox"/> é muito importante viver nesse bairro	<input type="checkbox"/> é indiferente viver nesse bairro	<input type="checkbox"/> gostaria de mudar desse bairro		
Avalie sua satisfação com seu bairro, de acordo com as características a seguir:					
64.	Lazer				
	<input type="checkbox"/> Nada satisfeito	<input type="checkbox"/> Pouco satisfeito	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito
65.	Vizinhança				
	<input type="checkbox"/> Nada satisfeito	<input type="checkbox"/> Pouco satisfeito	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito
66.	Segurança				
	<input type="checkbox"/> Nada satisfeito	<input type="checkbox"/> Pouco satisfeito	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito
67.	Comércio				
	<input type="checkbox"/> Nada satisfeito	<input type="checkbox"/> Pouco satisfeito	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito
68.	Serviços públicos				
	<input type="checkbox"/> Nada satisfeito	<input type="checkbox"/> Pouco satisfeito	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito
69.	Transporte				
	<input type="checkbox"/> Nada satisfeito	<input type="checkbox"/> Pouco satisfeito	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito
70.	Proximidade a serviços de saúde				
	<input type="checkbox"/> Nada satisfeito	<input type="checkbox"/> Pouco satisfeito	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito

71. Há algo que você gostaria de falar a respeito desse tema e que não foi perguntado?

ANEXO C – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: EFICÁCIA DO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO REALIZADO PELO SERVIÇO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS MEDIDAS TERAPÊUTICAS APLICADAS À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 5.038.376

(EAP) NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CAMPO GRANDE - MS

Pesquisador: Williana Rodrigues Rafael

Monteiro **Área Temática:**

Versão: 5

CAAE: 42978820.0.0000.0021

Instituição Proponente: INISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.038.376

Apresentação do Projeto:

De acordo com as informações apresentadas pelo pesquisador no Projeto detalhado:

"Busca-se compreender a eficácia do processo de desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei realizados pelo Serviço de Avaliação e acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicadas à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), vinculado à Rede de Atenção Psicossocial, através de uma pesquisa aturalística com abordagem quantitativa, sendo utilizado para coleta de dados a Avaliação Global do Funcionamento (AGF) e o Questionário voltado a pacientes portadores de sofrimento mental grave. A análise se fará de forma longitudinal, considerando as variáveis de controle psicossociais dos usuários, desde o marco zero, caracterizado pelo primeiro atendimento da EAP ao paciente, após 6 meses e após 12 meses de acompanhamento. Espera-se mensurar que assistência ao paciente realizada pela equipe multiprofissional da EAP entre o marco zero e após 12 meses de atendimento, tendem minimizar os marcadores psicossociais do usuário, como a reincidência criminal, dentre outros problemas recorrentes do processo de

desinstitucionalização, como índices de suicídio e falta de moradia. Mensurar e compreender os indicadores que avaliam as ações desenvolvidas pela EAP norteiam o programa a tomar decisões que possibilitem atingir os resultados esperados de uma forma planejada com base no seu diagnóstico, tanto em ações que devam avançar, e necessitem ser melhoradas, quanto em ações positivas que podem ser ampliadas, sendo este um impulsionador e objeto desta pesquisa."

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com as informações apresentadas pelo pesquisador na Plataforma Brasil:

"Objetivo Primário:

Identificar as variáveis sociais e o impacto do processo de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei egressos dos sistemas penitenciários atendidos pela RAPS de Campo Grande e sob supervisão da EAP local.

Objetivo Secundário:

Identificar os marcadores principais de fragilidade psicossocial da população de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei; Analisar o processo de desinstitucionalização de pacientes egressos dos sistemas penitenciários; Verificar os marcadores de fragilidade psicossocial após 6 a 12 meses de saída do sistema carcerário; Descrever os dispositivos assistenciais implementados para o processo de desinstitucionalização pela RAPS; Verificar a ocorrência de reincidência em crimes ou contravenções penais praticadas pelo paciente; Descrever os principais fatores relacionados com a reincidência criminal ou com marcadores de fragilidade social."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com as informações apresentadas pelo pesquisador no Projeto detalhado:

"4.9. Riscos: Como se trata de uma pesquisa documental estima que os riscos da pesquisa sejam baixos, respeitando o sigilo da identificação dos pacientes e instituição. Os riscos esperados são relacionados à segurança dos prontuários; divulgação de dados confidenciais; e a estigmatização do assunto abordado, consideração a singularidade da população que está em processo de desinstitucionalização.

4.9.1 Medidas/Providências contra os riscos esperados

As medidas possíveis a serem todas foram embasadas na Resolução CNS/MS n 466/2012.

- Garantir a não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras);
- Limitar o acesso aos prontuários apenas pelo tempo, quantidade e qualidade das informações específicas para a pesquisa;

- Respeitar o participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de disponibilizar a pesquisadora o acesso ao seu prontuário, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida;
- Assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas;
- Garantir o acesso aos resultados da pesquisa, bem como a divulgação pública dos resultados;
- Garantir que sempre serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos da população;
- Os dados obtidos na pesquisa serão utilizados exclusivamente para a finalidade da pesquisa e acordado no TCLE;
- Garantir que danos previsíveis serão evitados, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos.

Assumo a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos.

- Benefícios: Sendo os benefícios da pesquisa a compreensão dos processos e intervenções realizadas pela EAP e sua eficácia correlacionado aos marcadores psicossociais dos pacientes."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com a pesquisadora, "...análises serão realizadas, considerando as variáveis de controle psicossociais dos indivíduos, bem como as ações desenvolvidas pela EAP, de forma longitudinal, observando as mudanças em seu efeito tempo, divididas em três momentos, marco zero, caracterizado pelo primeiro atendimento da equipe ao paciente, após 6 meses e após 12 meses..."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Protocolo de pesquisa apresenta os seguintes termos:

- Projeto detalhado;
- Anuência da instituição (SESAU);
- Instrumento para coleta de dados;
- Termo de compromisso para a utilização de informações de prontuários em projeto de pesquisa;
- Termo de compromisso para a utilização de informações de banco de dados; - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - participante e responsável).

Recomendações:

Observar a lista de pendências e conclusões.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador atendeu as solicitações realizadas no parecer anterior.

Considerações Finais a critério do CEP:

CONFIRA AS ATUALIZAÇÕES DISPONÍVEIS NA PÁGINA DO CEP/UFMS

1) Regimento Interno do CEP/UFMS

Disponível em: <https://cep.ufms.br/novo-regimento-interno/>

2) Renovação de registro do CEP/UFMS

Disponível em: <https://cep.ufms.br/registro/>

3) Calendário de reuniões de 2021

Disponível em: <https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2021/>

4) Composição do CEP/UFMS

Disponível em: <https://cep.ufms.br/composicao-do-cep-ufms/>

5) Etapas do trâmite de protocolos no CEP via Plataforma Brasil

Disponível em: <https://cep.ufms.br/etapas-do-tramite-de-protocolos-no-cep-via-plataforma-brasil/>

6) Legislação e outros documentos:

Resoluções do CNS.

Norma Operacional nº001/2013.

Portaria nº2.201 do Ministério da Saúde.

Cartas Circulares da Conep.

Resolução COPP/UFMS nº240/2017.

Outros documentos como o manual do pesquisador, manual para download de pareceres, pendências frequentes em protocolos de pesquisa clínica v 1.0, etc.

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/legislacoes-2/>

7) Informações essenciais do projeto detalhado

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/informacoes-essenciais-projeto-detalhado/>

8) Informações essenciais – TCLE e TALE

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/informacoes-essenciais-tcle-e-tale/>

- Orientações quanto aos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aos Termos de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) que serão submetidos por meio do Sistema Plataforma Brasil versão 2.0.

- Modelo de TCLE para os participantes da pesquisa versão 2.0.

- Modelo de TCLE para os responsáveis pelos participantes da pesquisa menores de idade e/ou legalmente incapazes versão 2.0.

9) Biobancos e Biorrepositórios para armazenamento de material biológico humano

Disponível em: <https://cep.ufms.br/biobancos-e-biorrepositorios-para-material-biologico-humano/>

10) Relato de caso ou projeto de relato de caso?

Disponível em: <https://cep.ufms.br/662-2/>

11) Cartilha dos direitos dos participantes de pesquisa

Disponível em: <https://cep.ufms.br/cartilha-dos-direitos-dos-participantes-de-pesquisa/>

12) Tramitação de eventos adversos

Disponível em: <https://cep.ufms.br/tramitacao-de-eventos-adversos-no-sistema-cep-conep/>

13) Declaração de uso de material biológico e dados coletados

Disponível em: <https://cep.ufms.br/declaracao-de-uso-material-biologico/>

14) Termo de compromisso para utilização de informações de prontuários em projeto de pesquisa

Disponível em: <https://cep.ufms.br/termo-de-compromisso-prontuarios/>

15) Termo de compromisso para utilização de informações de banco de dados

Disponível em: <https://cep.ufms.br/termo-de-compromisso-banco-de-dados/>

16) Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual

Disponível em: <https://cep.ufms.br/orientacoes-para-procedimentos-em-pesquisas-com-qualquer-etapa-emambiente-virtual/>

17) Solicitação de dispensa de TCLE e/ou TALE

Disponível em: <https://cep.ufms.br/solicitacao-de-dispensa-de-tcle-ou-tale/>

DURANTE A PANDEMIA CAUSADA PELO SARS-CoV-2, CONSIDERAR:

Solicitamos aos pesquisadores que se atentem e obedeçam às medidas de segurança adotadas pelos locais de pesquisa, pelos governos municipais e estaduais, pelo Ministério da Saúde e pelas demais instâncias do governo devido a excepcionalidade da situação para a prevenção do contágio e o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19).

As medidas de segurança adotadas poderão interferir no processo de realização das pesquisas envolvendo seres humanos. Quer seja no contato do pesquisador com os participantes para coleta de dados e execução da pesquisa ou mesmo no processo de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido-TALE, incidindo sobre o cronograma da pesquisa e outros. Orientamos ao pesquisador na situação em que tenha seu projeto

de pesquisa aprovado pelo CEP e em decorrência do contexto necessite alterar seu cronograma de execução, que faça a devida “Notificação” via Plataforma Brasil, informando alterações no cronograma de execução da pesquisa.

SE O PROTOCOLO DE PESQUISA ESTIVER PENDENTE, CONSIDERAR:

Cabe ao pesquisador responsável encaminhar as respostas ao parecer pendente, por meio da Plataforma Brasil, em até 30 dias a contar a partir da data de sua emissão. As respostas às pendências devem ser apresentadas em documento à parte (CARTA RESPOSTA). Ressalta-se que deve haver resposta para cada uma das pendências apontadas no parecer, obedecendo a ordenação deste. Além de indicar na carta resposta as alterações realizadas no protocolo de pesquisa, solicita-se que o pesquisador destaque estas alterações nos documentos que porventura sofram modificações. A carta resposta deve permitir o uso correto dos recursos “copiar” e “colar” em qualquer palavra ou trecho do texto, isto é, não deve sofrer alteração ao ser “colado”.

Para que os protocolos de pesquisa sejam apreciados nas reuniões definidas no Calendário, o pesquisador responsável deverá realizar a submissão com, no mínimo, 15 dias de antecedência. Observamos que os protocolos submetidos com antecedência inferior a 15 dias serão apreciados na reunião posterior. Confira o calendário de reuniões de 2020, disponível no link: <https://cep.ufms.br/calendario-dereunioes-do-cep-2021/>

SE O PROTOCOLO DE PESQUISA ESTIVER NÃO APROVADO, CONSIDERAR:

Informamos ao pesquisador responsável, caso necessário entrar com recurso diante do Parecer Consubstanciado recebido, que ele pode encaminhar documento de recurso contendo respostas ao parecer, com a devida argumentação e fundamentação, em até 30 dias a contar a partir da data de emissão deste parecer. O documento, que pode ser no formato de uma carta resposta, deve contemplar cada uma das pendências ou itens apontados no parecer, obedecendo a ordenação deste. Além de indicar na carta resposta as alterações realizadas no protocolo de pesquisa, solicita-se que o pesquisador destaque estas alterações nos documentos que porventura sofram modificações. O documento (CARTA RESPOSTA) deve permitir o uso correto dos recursos “copiar” e “colar” em qualquer palavra ou trecho do texto do projeto, isto é, não deve sofrer alteração ao ser “colado”.

Para que os protocolos de pesquisa sejam apreciados nas reuniões definidas no Calendário, o pesquisador responsável deverá realizar a submissão com, no mínimo, 15 dias de antecedência. Observamos que os protocolos submetidos com antecedência inferior a 15 dias serão apreciados na reunião posterior. Confira o calendário de reuniões de 2020, disponível no link: <https://cep.ufms.br/calendario-dereunioes-do-cep-2021/>

EM CASO DE APROVAÇÃO, CONSIDERAR:

É de responsabilidade do pesquisador submeter ao CEP semestralmente o relatório de atividades desenvolvidas no projeto e, se for o caso, comunicar ao CEP a ocorrência de eventos adversos graves esperados ou não esperados. Também, ao término da realização da pesquisa, pesquisador deve submeter ao CEP o relatório final da pesquisa. Os relatórios devem ser submetidos através da Plataforma Brasil, utilizando-se da ferramenta de NOTIFICAÇÃO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Recurso do Parecer	recurso.pdf	03/10/2021 16:11:43		Aceito
Outros	Termo_Banco_de_dados_v5.pdf	03/10/2021 16:10:11	Williana Rodrigues Rafael Monteiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_MODIFICADO_RESPONS AVEL_PARTICIPANTE.doc	03/10/2021 16:09:10	Williana Rodrigues Rafael Monteiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_MODIFICADO_PARTICIPA NTE.doc	03/10/2021 16:09:00	Williana Rodrigues Rafael Monteiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_CEP.doc	03/10/2021 16:08:31	Williana Rodrigues Rafael Monteiro	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	PARECER_CARTA_RESPOSTA_VERS AO4.doc	03/10/2021 16:07:58	Williana Rodrigues Rafael Monteiro	Aceito
Recurso do Parecer	recurso.pdf	19/08/2021 11:49:05		Aceito
Outros	Questionario_Adaptado_CEP.doc	19/08/2021 11:34:44	Williana Rodrigues Rafael Monteiro	Aceito
Recurso do Parecer	recurso.pdf	29/06/2021 12:42:37		Aceito
Recurso do Parecer	recurso.pdf	22/04/2021 20:07:15		Aceito
Outros	Termo_compromisso_prontuários.pdf	22/04/2021 19:47:28	Williana Rodrigues Rafael Monteiro	Aceito
Outros	autorizaçãoEAP.pdf	22/04/2021 19:46:02	Williana Rodrigues Rafael Monteiro	Aceito
Folha de Rosto	1FolhadeRosto.pdf	22/04/2021 19:45:38	Williana Rodrigues Rafael Monteiro	Aceito
Informações Básicas	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	15/12/2020		Aceito

do Projeto	ROJETO_1674778.pdf	10:32:54		
Outros	SESAU.pdf	15/12/2020 10:31:15	Williana Rodrigues Rafael Monteiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 14 de Outubro de 2021

Assinado por:
FLÁVIA RENATA DA SILVA ZUQUE

Endereço:	Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ç Prédio das Pró-Reitorias çHércules Maymoneç ç 1º andar		
Bairro:	Pioneiros	CEP:	70.070-900
UF:	MS	Município:	CAMPO GRANDE
Telefone:	(67)3345-7187	Fax:	(67)3345-7187
		E-mail:	cepconep.propp@ufms.br

ANEXO D – Termo de parceria para pesquisa na área da saúde (SESAU)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;

Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;

Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;

O presente termo estabelece responsabilidades entre pesquisadores e a Secretaria Municipal de Saúde Pública:

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Solicitar por meio de carta de apresentação a autorização do Secretário Municipal de Saúde para realizar pesquisa, no seguinte formato:
 - Identificação do pesquisador do projeto (nome completo e do orientador);
 - Contato (telefone e e-mail);
 - Nome do projeto;
 - Objetivos;
 - Metodologia completa;
 - Assinatura do coordenador de curso e do orientador de pesquisa.

Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.

2) Em função da rotina de trabalho da SESAU agendar previamente com a área envolvida;

- 3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 5) Apresentar-se com jaleco ou crachá de identificação.

SESAU:

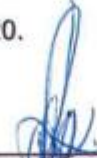
- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Os trabalhos que envolverem dados, serão enviados através de e-mail do pesquisador;

4) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande, 27 de novembro de 2020.

Mancel Roberto dos Santos
Chefe de Divisão de Prevenção, Pesquisa e
Pós-Graduação em Saúde GERISGTEISESAU

Secretaria Municipal de Saúde


Pesquisador

ANEXO E – Termo de Responsabilidade e Autorização para pesquisa (SESAU)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde autoriza a pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), William Roberto Rafael Monteiro, inscrito (a) no CPF/MF sob n.º. 016.136.451-98, portador (a) do documento de identidade sob n.º. 001.526.936, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Baituca, n.º. 614, bairro Piratininga, nesta Capital, telefone n.º. 99186-3776, pesquisador (a) do Curso de Graduação em Saúde da Família, da instituição Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) com o título do projeto de pesquisa Eficiência do Processo de Admissão, Avaliação e Seguimento das Políticas Terapêuticas Aplicadas à Psicose em Transtorno Mental o pesquisador firma o compromisso de manter o sigilo das informações acessadas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde Pública, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gerência da unidade de saúde sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisa só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o acadêmico deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande, 27 de março de 2020.

Pesquisador (a)

Manoel Roberto dos Santos
Chefe de Divisão da Extensão, Pesquisa e
Pes. Produção em Saúde - CEP/SGTE/SESAU

Secretaria Municipal de Saúde