



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO  
DA VIOLÊNCIA

ALINE SANCHES OLIVEIRA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E TRATAMENTO EM SAÚDE DE PESSOAS COM  
TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI**

BELO HORIZONTE

2022

ALINE SANCHES OLIVEIRA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E TRATAMENTO EM SAÚDE DE PESSOAS COM  
TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: Organização dos serviços de saúde e suas relações com a violência.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Machado Vilhena Dias

Coorientador: Prof. Dr. Helian Nunes de Oliveira

BELO HORIZONTE

2022

OL48p Oliveira, Aline Sanches.  
Perfil sociodemográfico e tratamento em saúde de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei [recursos eletrônicos]. / Aline Sanches Oliveira. - - Belo Horizonte: 2022.  
84f.: il.  
Formato: PDF.  
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Fernando Machado Vilhena Dias.  
Coorientador (a): Helian Nunes de Oliveira.  
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção de Violência.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Medidas de Segurança. 2. Hospitais Psiquiátricos. 3. Crime. 4. Sistemas de Apoio Psicossocial. 5. Transtornos Mentais. 6. Dissertação Acadêmica. I. Orientador Sobrenome, Nome. II. Coorientador Sobrenome, Nome. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WM 29



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CENTRO DE PÓS GRADUAÇÃO

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP  
ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA/ALINE SANCHES OLIVEIRA**

Realizou-se, no dia 29 de novembro de 2022, às 09:00 horas, pela plataforma Lifesize, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *Perfil sociodemográfico e tratamento em saúde de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei*, apresentada por ALINE SANCHES OLIVEIRA, número de registro 2020727751, graduada no curso de MEDICINA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Fernando Machado Vilhena Dias - Orientador (UFMG), Prof(a). Helian Nunes de Oliveira (UFMG), Prof(a). Romina Moreira de Magalhães Gomes (Tribunal de Justiça de Minas Gerais), Prof(a). Vívian Andrade Araújo Coelho (UFOP).

A Comissão considerou a dissertação:

( X ) Aprovada

( ) Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada eletronicamente por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 29 de novembro de 2022.

Prof(a). Fernando Machado Vilhena Dias ( Doutor )

Prof(a). Helian Nunes de Oliveira ( Doutora )

Prof(a). Romina Moreira de Magalhães Gomes ( Doutora )

Prof(a). Vívian Andrade Araújo Coelho ( Doutora )



Documento assinado eletronicamente por **Helian Nunes de Oliveira, Professor do Magistério Superior**, em 29/11/2022, às 11:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Romina Moreira Magalhães Gomes, Usuária Externa**, em 29/11/2022, às 15:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Machado Vilhena Dias, Professor do Magistério Superior**, em 12/12/2022, às 16:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vívian Andrade Araújo Coelho, Usuário Externo**, em 13/12/2022, às 18:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

[https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?)

[acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](#), informando o código verificador **1912556** e o código CRC **AA48CE31**.



"Você é capaz de me ouvir? Então ouça o que eu tenho a lhe dizer. Estou só, em que mundo estou não sei descrever! É uma dimensão confusa, absurda, constituída de labirinto sem saída, onde a dor e o sofrimento de se encontrar numa forma ingrata de vida... Aqui onde estou, não tem encanto, nem cor nem brilho. Existe apenas um vazio de vozes, revoltadas com a solidão... Depois que você partiu, Liberdade! Nada aqui faz sentido... Se eu grito, ninguém me ouve, então tento sorrir, mas nem mesmo a alegria consigo ter, porém o destino quis que fosse assim... Levando você para bem longe de mim, me deixando triste aqui, e por mais que procure ignorar esse desígnio, os fatos me mostraram a realidade clara e viva. Que isto não é um delírio!!! Agora só me resta a esperança de poder reencontrar-me com você, para poder apreender o meu mundo de paz e alegria. Mas até quando ficarei nesta condição? Me acordei aos poucos apunhalando meu coração. Sem você aqui liberdade nada tem valor! Até mesmo a vida humana que ignoram a palavra amor. Hoje contemplava um pássaro "Bem-te-vi". Fiquei triste de ver as pessoas afugentarem o seu canto. Eu assistia a tudo isso tão deprimido. Até mesmo um pássaro não pode cantar livremente...". (RODRIGUES, 2013. Poesia escrita por um interno do manicômio judiciário Heitor Carrilho em uma oficina de Estética do Oprimido no ano de 2008).

## RESUMO

A estruturação dos fundamentos jurídicos referentes à aplicação das medidas de segurança (MS) e à assistência em saúde prestada às pessoas com sofrimento mental em conflito com a lei constitui um grande desafio. No Brasil, a MS permanece em discordância em relação aos direitos e garantias previstas pela Constituição Federal de 1988 e à Lei nº 10.216/2001. Trata-se de indivíduos estigmatizados e que ainda se encontram fragmentados entre os saberes do direito e da saúde, submetidos a uma assistência precária. O presente trabalho objetivou descrever e problematizar o perfil sociodemográfico e o tratamento em saúde direcionado a essa população, tendo como ponto de partida a coleta de dados em um estabelecimento de custódia e tratamento psiquiátrico de Minas Gerais. Foi realizado estudo transversal descritivo, de análise documental, em que foram avaliados prontuários de 54 indivíduos do sexo masculino. Uma vez que a coleta de dados foi restrita a um único estabelecimento que recebia apenas homens, não foi possível a análise de amostra referente ao sexo feminino. Os dados foram compilados e expressos por meio de estatística descritiva. Observou-se o predomínio de características sociodemográficas que indicavam vulnerabilidade social. O diagnóstico de esquizofrenia foi o mais prevalente (70,4%) e 98,2% da amostra fazia uso de antipsicóticos. A maior parte (75,9%) já havia realizado tratamento psiquiátrico previamente à prática do delito. Homicídio foi o crime mais comum (48,1%), 48,1% eram reincidentes e 85,2% estavam internados há menos de 4 anos. O perfil sociodemográfico dos indivíduos internados na instituição é semelhante ao perfil geral da população prisional brasileira: homens, adultos jovens, solteiros, negros, com baixa escolaridade e sem qualificação profissional. O cuidado em saúde ofertado é inadequado, sendo essencial o desenvolvimento de estudos que possam orientar a criação de novas políticas públicas e o fortalecimento dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, para que possamos avançar rumo à extinção dos manicômios judiciários.

**Palavras-chave:** Medida de segurança; Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico; crimes; Rede de Atenção Psicossocial; saúde mental; transtorno mental.

## ABSTRACT

The structuring of the legal foundations referring to the application of security measures (SM) and the health care provided to people with mental suffering in conflict with the law constitutes a great challenge. In Brazil, MS remains in disagreement with the rights and guarantees provided for by the Federal Constitution of 1988 and Law No. 10,216/2001. These are stigmatized individuals who are still fragmented between the knowledge of law and health, subjected to precarious care. The present work aimed to describe and problematize the sociodemographic profile and the health treatment directed to this population, having as a starting point the collection of data in a psychiatric custody and treatment establishment in Minas Gerais. A descriptive cross-sectional study of document analysis was carried out, in which the medical records of 54 male individuals were evaluated. Since data collection was restricted to a single establishment that received only men, it was not possible to analyze a sample referring to females. Data were compiled and expressed using descriptive statistics. There was a predominance of sociodemographic characteristics that indicated social vulnerability. The diagnosis of schizophrenia was the most prevalent (70.4%) and 98.2% of the sample used antipsychotics. Most (75.9%) had already undergone psychiatric treatment prior to committing the crime. Homicide was the most common crime (48.1%), 48.1% were repeat offenders and 85.2% had been hospitalized for less than 4 years. The sociodemographic profile of individuals admitted to the institution is similar to the general profile of the Brazilian prison population: men, young adults, single, black, with low education and without professional qualifications. The health care offered is inadequate, and it is essential to develop studies that can guide the creation of new public policies and the strengthening of the Psychosocial Care Network devices, so that we can move towards the extinction of judicial asylums.

**Keywords:** Security Measure; Judiciary Hospital; crimes; Psychosocial Care Network; mental health; mental disorder.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em território nacional.....	31
Figura 2 – Distribuição de idade dos pacientes internados em um estabelecimento de custódia e tratamento psiquiátrico de MG, de janeiro a abril de 2018 (n=53) .....	53
Figura 3 – Diagnósticos de pacientes internados em um estabelecimento de custódia e tratamento psiquiátrico de MG, de janeiro a abril de 2018 (n=54).....	58
Figura 4 – Uso de substâncias em pacientes internados em um estabelecimento de custódia e tratamento psiquiátrico de MG, de janeiro a abril de 2018 (n=54) .....	57
Figura 5 – Prescrição de antipsicóticos em prontuários de pacientes internados (n=54) em um estabelecimento de custódia e tratamento psiquiátrico de MG, entre janeiro e abril de 2018.....	60
Figura 6 – Prescrição de outras classes psicofarmacológicas em prontuários de pacientes internados (n=54) em um estabelecimento de custódia e tratamento psiquiátrico de MG, entre janeiro a abril de 2018 .....	61

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Procedência dos pacientes internados em um estabelecimento de custódia e tratamento psiquiátrico de MG, de janeiro a abril de 2018 (n=54) .....	54
Tabela 2 – Perfil sociodemográfico dos pacientes internados em um estabelecimento de custódia e tratamento psiquiátrico de MG, de janeiro a abril de 2018 (n=54) .....	55
Tabela 3 – Variáveis associadas aos prontuários jurídicos dos pacientes internados em um estabelecimento de custódia e tratamento psiquiátrico de MG, de janeiro a abril de 2018 (n=54) .....	56

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial

**CFP** – Conselho Federal de Psicologia

**CID** – Classificação Internacional de Doenças

**CPB** – Código Penal Brasileiro

**DSM** – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

**EAP** – Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas

Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei

**HCTP** – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

**MNCTP** – Mecanismo Nacional de Combate e Prevenção à Tortura

**MS** – Medida de Segurança

**OAB** – Ordem dos Advogados do Brasil

**PAILI** – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

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

**PPL** – Pena Privativa de Liberdade

**PTS** – Projeto Terapêutico Singular

**RAPS** – Rede de Atenção Psicossocial

**SRT** – Serviço Residencial Terapêutico

**SUS** – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 Introdução</b>	<b>13</b>
<b>2 Justificativa</b>	<b>17</b>
<b>3 Objetivos</b>	<b>19</b>
3.1 Geral	19
3.2 Específicos	19
<b>4 Contextualização</b>	<b>20</b>
4.1 Sociedade, punição e liberdade	20
4.2 Transtornos mentais	25
4.3 Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: que lugar é esse?	28
<b>4.3.1 O surgimento dos Manicômios Judiciários no Brasil</b>	<b>28</b>
<b>4.3.2 HCTPs: dados sociodemográficos no Brasil</b>	<b>31</b>
<b>4.3.3 Inspeção aos HCTPs no Brasil: a realidade das instituições</b>	<b>32</b>
4.4 A Rede de Atenção Psicossocial e os HCTPs	34
4.5 Projeto Terapêutico Singular	38
4.6 Inimputabilidade penal e Medida de Segurança: o Código Penal Brasileiro	40
<b>4.6.1 Considerações gerais</b>	<b>40</b>
<b>4.6.2 Crime, imputabilidade, inimputabilidade e semi-imputabilidade penal</b>	<b>41</b>
<b>4.6.3 Pena x medida de segurança</b>	<b>44</b>
<b>4.6.4 Periculosidade</b>	<b>47</b>
<b>5 Métodos</b>	<b>50</b>
5.1 Desenho do estudo	50
5.2 População do estudo	50
5.3 Cálculo amostral	50
5.4 Coleta de dados, instrumento e variáveis	51
5.5 Critérios de inclusão e exclusão	51
5.6 Análise dos dados	51
5.7 Aspectos éticos	51
<b>6 Resultados</b>	<b>53</b>
6.1 Caracterização sociodemográfica da amostra e variáveis associadas aos prontuários jurídicos	53
6.2 Caracterização da avaliação e do diagnóstico em psiquiatria	57
6.3 História prévia de tratamento psiquiátrico	58
6.4 Tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e de drogas ilícitas	59
6.5 Medicamentos utilizados	60

6.6 Suporte familiar	62
<b>7 Discussão</b>	<b>63</b>
<b>8 Considerações finais</b>	<b>72</b>
<b>Referências</b>	<b>75</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Historicamente, pessoas com transtornos mentais, deficiências intelectuais e com sofrimento e necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas são estigmatizadas e submetidas à assistência de baixa qualidade, tendo como resultado a exclusão, a rejeição e a violação de seus direitos humanos. Essas pessoas enfrentam a discriminação em todos os aspectos da vida, visto que a elas são negadas oportunidades para obter educação, trabalhar e viver plenamente e de modo independente na comunidade (BRASIL, 2015).

O termo estigma se refere a um conceito multidimensional, que pode ser definido como uma atitude geral induzida por uma ignorância compartilhada e que resultará em comportamento de discriminação (GIORDANA, 2010). Trata-se, portanto, de qualquer palavra ou ação que vise transformar o diagnóstico de uma doença, por exemplo, em uma marca negativa para a pessoa que a possui (GIORDANA, 2010).

Para as pessoas com transtornos mentais, o estigma determina discriminação quase constante em suas vidas e, geralmente, constitui um grande obstáculo à sua integração na comunidade, já que não há sociedade ou cultura em que as pessoas com transtorno mental são tratadas como iguais (GIORDANA, 2010). Esses transtornos se manifestam por sintomas que provocam grande sofrimento do indivíduo e de seus familiares. O reconhecimento desses sintomas pela sociedade, com o estigma e a discriminação resultantes, constitui uma "segunda doença", diretamente ligada à reação do meio social e à representação social da loucura. Assim, podemos admitir que a luta contra a estigmatização representa um importante problema de saúde pública (GIORDANA, 2010).

Além disso, o estigma relativo às pessoas com transtornos mentais reflete no cuidado em saúde. Em geral, sabemos que pessoas com transtornos mentais têm menos acesso aos serviços de saúde e recebem cuidados inferiores quando comparadas à população como um todo (THORNICROFT; ROSE; KASSAM, 2007). Como consequência desse e de outros fatores, indivíduos com transtorno mental grave também apresentam taxas elevadas de mortalidade, tendo, em média, uma expectativa de vida de pelo menos dez anos a menos do que a população geral (THORNICROFT, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, 3% da população geral sofre com transtornos mentais graves e persistentes (BRASIL, 2007). Ademais, esses transtornos são mais prevalentes em pessoas que vivem em áreas mais carentes (NICE, 2019), o que pode dificultar o acesso a tratamento adequado.

Ironicamente, são nos próprios ambientes de prestação de cuidados à saúde que ocorrem algumas das piores violações aos direitos humanos e de discriminação vivenciados por esses indivíduos (BRASIL, 2015). No Brasil, a assistência prestada às pessoas com transtorno mental que cometem crimes reflete essa realidade.

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), locais para onde são enviadas essas pessoas, são considerados “instituições complexas, que conseguem articular, de um lado, duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas – o asilo de alienados e a prisão – e, de outro, dois dos fantasmas mais trágicos que nos ‘perseguem’ a todos – o criminoso e o louco” (CARRARA, 1998, p. 26). Assim, ao transgredirem a lei, esses indivíduos passam a carregar um duplo estigma, e a sofrer, além das consequências inerentes ao transtorno mental grave, as consequências de serem considerados, a partir de então, criminosos. Uma vez que não podem ser legalmente penalizados, a eles é imposta a Medida de Segurança (MS).

A maior parte dos HCTPs está ligada aos sistemas de segurança e, apesar de serem chamados “hospitais”, foram incorporados ao sistema penitenciário e não ao sistema de saúde, sendo geridos pelas Secretarias de Administração Penitenciária (JACOBINA, 2008). Contudo, a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) acredita que a gestão dos HCTPs deveria ser transferida para as secretarias de saúde, por considerar que essa questão foge da competência da Justiça Criminal (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP, 2015).

No geral, os HCTPs encontram-se em estado de sucateamento e com escassez de recursos humanos especializados para atender de forma adequada os cidadãos inseridos nessas instituições (DUMMAR FILHO, 2005). Relatórios de visita de inspeção a algumas delas denunciam configurações de aprisionamento, manutenção de internos que já possuíam suas medidas de segurança extintas, superlotação do ambiente, violência constante, privação do acesso à assistência jurídica, ausência de acesso à saúde, condições de higiene e infraestrutura precárias e a não integração à Rede de Atenção Psicossocial, a RAPS (OLIVEIRA; DIAS, 2018).

Desse modo, observa-se que a MS, enquanto forma de aprisionamento, permanece em discordância com relação aos direitos e garantias previstas pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e com as novas diretrizes propostas pela Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001).

Desde a promulgação da referida lei, existe uma recomendação de que os HCTPs deveriam se reorientar de acordo com os novos parâmetros da saúde mental (BRASIL, 2002), fato que só foi novamente discutido no “Parecer sobre medida de segurança e hospital de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001”. Publicado em 2011 pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão e pelo Ministério Público Federal, enfatiza que as autoridades federais e estaduais, ao manterem em funcionamento esse dispositivo disciplinar, estão violando a Lei nº 10.216/2001. Esse parecer coloca como premente a extinção dos HCTPs, com o redirecionamento de todos os recursos federais e estaduais utilizados em sua manutenção para a implementação e expansão dos inúmeros dispositivos da RAPS (BRASIL, 2011a).

Os dispositivos da RAPS fazem parte do modelo atual de atenção em saúde mental no Brasil, que visa a atuação em rede, de forma a priorizar a inserção social da pessoa com sofrimento mental e acompanhá-la de acordo com as suas necessidades. Considerando a existência desses dispositivos e a sua importância, ressalta-se a necessidade de conhecer a realidade dos HCTPs e, enquanto avançamos rumo à sua extinção, auxiliá-los com recomendações que possibilitem maior articulação com a rede de saúde, prezando pelos direitos inerentes à pessoa com sofrimento mental.

Por fim, alinhar a garantia dos direitos humanos, o ordenamento jurídico e a assistência adequada à saúde constitui-se um grande desafio sociopolítico-econômico e sanitário (TOMLIN *et al.*, 2018; OLIVEIRA; DIAS, 2018). A interdisciplinaridade envolvida, os saberes do direito e da saúde, evoca um tratamento que considere os aspectos normativos sanitários atuais, mas que também garanta a segurança da pessoa e da sociedade como resultado.

Nesse sentido, existe a necessidade de traçarmos novos caminhos e possibilidades que não perpassem pelos manicômios judiciários e que assegurem todos os direitos desses indivíduos. Ainda que não tenhamos respostas claras para muitas indagações que surgiram ao longo desta pesquisa, buscamos contribuir com reflexões sobre o tema e dados que possam fomentar o desenvolvimento de novas

políticas públicas em saúde mental baseadas em evidências e congruentes com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira.

## 2 JUSTIFICATIVA

Pessoas com sofrimento mental que transgrediram a lei e cumprem uma medida de segurança detentiva se encontram privadas de liberdade em equipamentos prisionais. Conceitos equivocados de que são indivíduos extremamente perigosos, imprevisíveis e incapazes de conviver em sociedade se transformaram em senso comum e, por esse motivo, pouca ou nenhuma atenção é dada a essa situação.

Em nível mundial, o Brasil ocupa a terceira posição entre os países que mais encarceram, com um total de 811.707 pessoas presas (FAIR; WALMSLEY, 2021). Em número absoluto de pessoas privadas de liberdade, está atrás apenas dos Estados Unidos da América (EUA) (2.068.800) e da China (1.690.000) (FAIR; WALMSLEY, 2021). Nesses países, a política do encarceramento em massa vitimiza principalmente os jovens negros, de classes sociais desfavorecidas, usuários de drogas ou que praticaram pequenos furtos (DANIN, 2017).

Sabe-se que as populações prisionais possuem maiores taxas de transtornos mentais quando comparadas à comunidade em geral (CONSTANTINO *et al.*, 2016). Para se ter uma ideia do tamanho do impacto, de acordo com Davis (2018), é possível que haja o dobro de pessoas sofrendo de doenças mentais em cadeias e prisões dos EUA do que em todos os hospitais psiquiátricos do país.

A legislação brasileira não admite prisão perpétua e, de acordo com a Lei nº 13.964/2019, o tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade (PPL) não pode ser superior a 40 anos (BRASIL, 2019). De forma contraditória, como veremos a seguir, para a MS existe um prazo mínimo, mas o prazo máximo está condicionado à cessação de periculosidade do indivíduo, que se dá por perícias anuais e depende da aprovação judicial. Os próprios operadores do direito apresentam desacordo em relação ao prazo máximo da medida de segurança, tendo em vista que, apesar de existir uma jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça e do Supremo Tribunal Federal impedindo que a duração da MS ultrapasse o prazo máximo de prisão permitido no Brasil, nem sempre ela é usada a favor desses indivíduos. Uma vez que a lei não estabeleceu um limite máximo, torna-se uma obrigação do juiz fazê-lo. Dessa forma, esse é o único grupo de pessoas no Brasil que, de maneira indireta, pode ser submetido à prisão perpétua.

Isto posto, é possível perceber que trata-se de pessoas em situação de vulnerabilidade social, recebendo tratamento inadequado e vivendo em condições precárias dentro dos próprios estabelecimentos destinados ao seu cuidado e recuperação. A ausência de assistência apropriada e de políticas de saúde voltadas a essa população é de grande preocupação, já que a qualidade do processo terapêutico é fundamental na determinação do desfecho de cada caso e decisivo na perpetuação, ou não, da prática de delitos. Sendo, assim, fundamental a problematização em relação à questão jurídica e às condições às quais esses indivíduos estão expostos, bem como em relação à existência e manutenção dessa instituição nos dias atuais.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 GERAL

Descrever e problematizar o perfil sociodemográfico e o tratamento em saúde de pessoas com transtorno mental em um estabelecimento de custódia e tratamento psiquiátrico no estado de Minas Gerais frente aos fundamentos jurídicos referentes à aplicação das medidas de segurança e aos aspectos das políticas públicas de atenção às pessoas com transtornos mentais.

#### 3.2 ESPECÍFICOS

- Descrever as informações sociodemográficas, criminais e clínicas referentes à amostra selecionada;
- Descrever o tratamento em saúde oferecido à luz da Lei nº10.216/01;
- Especificar a frequência e as formas de recebimento de suporte familiar;
- Analisar o tempo determinado para o cumprimento da MS e a frequência com que os indivíduos são submetidos ao exame de cessação de periculosidade.

## 4 CONTEXTUALIZAÇÃO

### 4.1 SOCIEDADE, PUNIÇÃO E LIBERDADE

A humanidade vivenciou e continua vivenciando diversas formas de repressão para punir aqueles que vão contra as normas estabelecidas e as regras vigentes da sociedade. Ao longo da história, as penas e os castigos aplicados ao homem tiveram diferentes funções, sejam elas sociais, econômicas ou políticas, atendendo às exigências da ordem existente de acordo com cada época (VIEIRA, 2021).

Segundo Candiotto (2012, p. 18),

há sociedades em meio às quais a exclusão, o exílio e a rejeição de alguém para fora de um grupo ou de um corpo social constituem as punições preferíveis (os gregos antigos); há outras que privilegiam a retribuição pelo dano provocado, a compensação do delito pela obrigação financeira (as sociedades germânicas); outras ainda priorizam o suplício, a tortura, a marca do poder no corpo do condenado (as sociedades ocidentais no final da Idade Média); enfim, há aquelas sociedades que têm como tática punitiva principal o aprisionamento.

O sistema carcerário veio como alternativa ao processo punitivo com base na ideia de castigo/suplício vigente no período medieval e no início da modernidade, em que a punição se dava diretamente sobre o corpo dos condenados. Com o advento das prisões, as penas deixaram de atuar sobre o corpo e passaram a incidir sobre o tempo e o espaço, em uma perspectiva disciplinar voltada para a correção e transformação do sujeito, baseada na ideia de punir e educar (VIEIRA, 2021).

Para Foucault (2022), o sistema penal é um mecanismo de gestão, intensificação e disseminação de ilegalismos. Ao contrário do que muitos pensam, sua função não seria a repressão dos delitos e a extinção dos ilegalismos pela punição, mas o seu controle e manutenção em favor de uma minoria. Para o autor, os regulamentos internos das prisões são contrários às leis fundamentais que garantem os direitos humanos.

Foucault (2022) considera a prisão como um lugar de violência física e sexual exercida pelos detentos e pelos carcereiros, um lugar de carências alimentares e de frustrações sexuais constrangedoras, bem como um lugar de tráfico constante e ilegal entre os detentos, entre os detentos e os carcereiros, e entre os carcereiros e o mundo exterior, que é indispensável à sobrevivência desses indivíduos. A prisão é, também, um lugar em que a administração pratica diariamente o ilegalismo para

encobrir, aos olhos da justiça, da administração superior e das pessoas em geral, todos os ilegalismos que acontecem em seu interior.

Foucault ainda coloca a prisão como um espaço de recrutamento de pessoas, por parte da polícia, que estariam à sua disposição. Nas palavras do autor:

a prisão é um lugar do qual a polícia se serve para recrutar seu próprio pessoal, seus informantes, seus capangas, eventualmente seus matadores e seus chantagistas. Em resumo, toda vez que a polícia precisa de um serviço sujo, onde mais encontraria aqueles que serão mais capazes de fazê-lo? Nas prisões, é claro (FOUCAULT, 2022, p. 33).

Assim, a prisão é tida como um instrumento de controle de corpos e repressão social, sendo que a minoria, menos de 5%, dos encarcerados corresponde aos grandes criminosos. A grande maioria é formada de pessoas de classes baixas, de delinquência média a pequena (FOUCAULT, 2022).

Ao longo do tempo, várias teorias buscaram explicar as razões que justificam a necessidade de punir pessoas até mesmo com a supressão da vida daqueles que infringem a lei. Há a justificativa da existência do Estado legitimando o sistema penal e a necessidade de harmonia e disciplina social, bem comum, segurança jurídica, entre outros (GUIMARÃES, 2013).

Conforme discutido acima, após centenas de anos da criação do sistema penitenciário, sabe-se que a prisão fracassou enquanto política de enfrentamento da criminalidade:

além de promover a violação de direitos básicos fundamentais, sobretudo do direito à liberdade, o cárcere produz e reproduz violência, segrega indivíduos com a pretensão de transformá-los em sua subjetividade, além de atuar de forma seletiva, buscando autojustificar-se através do discurso do merecimento (VIEIRA, 2021, p. 10).

Portanto, o direito penal é tido como uma das formas de exercício de poder, com a reprodução de estigmas e violências. Além disso, poderíamos refletir acerca da violação da dignidade do sujeito e o seu direito à liberdade de ser, bem como do livre-arbítrio (VIEIRA, 2021, p. 10).

A liberdade constitui um direito fundamental do ser humano, e a sua efetivação garante que qualquer pessoa possa pensar, desejar e agir, política e socialmente. Desse modo, por representar um valor tão abrangente, a liberdade compreende diferentes aspectos sociais, culturais, políticos e filosóficos (MORA,

2001). A partir de uma perspectiva filosófica, a liberdade assume diferentes concepções, sendo considerada como a condição do indivíduo. O livre arbítrio é a possibilidade de escolher entre o bem e o mal, e a liberdade é o bom uso do livre arbítrio (MORA, 2001).

No âmbito da justiça penal, há uma generalização dos indivíduos e suas ações, com o estabelecimento de punições genéricas cujos destinatários são aqueles considerados criminosos, sendo, portanto, um instrumento que não considera as singularidades de cada um. Torna-se oportuno questionar a legitimidade do sistema penal frente aos danos e prejuízos que produz, sobretudo se considerarmos o valor da liberdade e as garantias fundamentais presentes na Constituição Federal brasileira (VIEIRA, 2021).

A discussão aprofundada sobre a liberdade e o existencialismo foge ao escopo deste trabalho, mas é fundamental ressaltarmos a complexidade de tais reflexões frente ao direito penal e suas estratégias de punição.

Segundo Schneider (2011), o indivíduo baseia suas escolhas nas experiências de situações vivenciadas em seu horizonte social. Nessa discussão, vale lembrar de duas obras literárias globalmente conhecidas e atemporais, que retratam uma representação do ser humano, com todas as suas misérias e sofrimentos. Com uma riqueza de detalhes descritivos e narrativos, externam práticas de uma sociedade opressiva, levando a uma reflexão psicológica da condição humana (ANDRADE, 2016).

Trata-se dos livros **Crime e Castigo**, de Fiódor Dostoiévski, e **Os Miseráveis**, de Victor Hugo. As histórias se passam durante uma crise econômica da Europa Moderna, em que as situações extremas levaram a atos criminosos. Ao mesmo tempo, há, nas narrativas, o enfrentamento ao sistema e à desigualdade social de acordo com as possibilidades naquele momento (ANDRADE, 2016).

Diante de situações de vida miseráveis, das questões sociais evidenciadas, das inúmeras injustiças e desigualdades aos quais são expostos, ambos os protagonistas são levados a transgredir a lei. Há um clima de tensão social, e relações de poder fundamentam e influenciam a atitude dos personagens principais, que são autores, mas, também, vítimas de diversas formas de violência (DOSTOIÉVSKY, 2019; HUGO, 2017).

Dostoiévski e Victor Hugo escancaram a situação social da época e, por meio da literatura, trazem à tona inúmeras questões que ferem o princípio da dignidade

humana, como assédio sexual, prostituição, negligência e violência contra crianças, trabalho infantil, questões relacionadas a gênero, disputas políticas, dentre outros (DOSTOIÉVSKY, 2019; HUGO, 2017).

Raskólnikov, protagonista de **Crime e Castigo**, assassina uma senhora agiota que representa o grande capital. Já Jean Valjean, de **Os Miseráveis**, é um homem comum que rouba um pão da vitrine de uma padaria para alimentar a sua família faminta. O primeiro só é descoberto ao confessar o crime, enquanto o segundo não consegue fugir, sendo capturado e condenado. A ambos são impostas punições pelo crime cometido. Jean Valjean é submetido à prática de tortura; com os pés acorrentados, foi colocado em condições insalubres e obrigado a exercer sua força física a partir do remo, com o intuito de dar movimento às embarcações. Raskolnikov, por sua vez, foi condenado e enviado à Sibéria para realizar trabalho forçado (ANDRADE, 2016).

Ao transpor as reflexões produzidas na ficção para a realidade, vemos que, ainda que escritas no século XIX, as críticas e denúncias reproduzidas continuam presentes em nosso meio. Mesmo com os anos transcorridos, as obras permanecem contemporâneas ao abordar com profundidade assuntos que permeiam a condição humana.

A Constituição Brasileira garante o direito à vida, à igualdade, à liberdade, à segurança, à propriedade, além de elementos básicos como alimentação, transporte, educação e lazer. Esses direitos, no entanto, não são assegurados a todos os cidadãos, que, vivendo em condições de miséria, tornam-se susceptíveis a cometer delitos. Dessa forma, o crime é visto, ao mesmo tempo, tanto como uma forma de garantir a subsistência e/ou de se vingar de uma sociedade desigual, como uma consequência das desigualdades desse próprio sistema, que não garante as condições básicas de subsistência (ANDRADE, 2016).

Diante do exposto, o sistema prisional brasileiro fere a Constituição ao não resguardar os direitos básicos dos indivíduos nele inseridos, o que faz nascer o sentimento de revolta frente à situação vivenciada. Para Foucault (2022, p. 33), não há reforma da prisão sem a busca de uma nova sociedade, em que o poder não precise de ilegalismos: “o problema não é o amor das pessoas pela ilegalidade, é a necessidade que o poder pode ter de possuir os ilegalismos, controlá-los e exercer o seu poder por meio destes”.

Em relação aos “loucos criminosos”, Carrara (1998) ressalta que os manicômios judiciários são um espaço social paradoxal: “de um lado, há a versão que poderia ser chamada de jurídico-racionalista e que vê o indivíduo como sujeito de direitos e deveres, capaz de adaptar livremente seu comportamento a leis e normas sociais, capaz de escolher transgredi-las ou respeitá-las, capaz, enfim, de ser moral e penalmente responsabilizado por suas ações. De outro lado, há a versão que poderia ser denominada psicológico-determinista, que vê o indivíduo – principalmente o indivíduo alienado – não enquanto sujeito, mas enquanto objeto de seus impulsos, pulsões, fobias, paixões e desejos. Nessa última versão, as estruturas determinantes do comportamento estão aquém da consciência e da vontade, não permitem que o indivíduo seja moralmente responsabilizado no sentido do modelo anterior, não sendo, portanto, passível de punição” (CARRARA, 1998, p. 50).

O autor ressalta que, no contexto de criação dos manicômios judiciários, havia a necessidade de moralização, disciplinarização e controle das massas urbanas, as ditas classes “perigosas” (CARRARA, 1998). De acordo com Bacelar (2021), “o biopoder instaurado pela antropologia criminal no Brasil é cruel, racista e eugênico... o biopoder ganhou um lar para desenvolver suas atrocidades para ‘tratar’, ‘curar’ e ‘ressocializar’ os louco-criminosos. Essa cura nunca vai acontecer” (BACELAR, 2021, p. 52).

Ainda segundo Bacelar (2021), o projeto de biopoder da antropologia criminal estabelece a medida de segurança como garantia da segurança da sociedade. No entanto, não passa de uma estratégia de eliminação e controle dos grupos “desviantes” do convívio social, já que a classe dominante visa a submissão das classes dominadas. A própria psiquiatria forense positivista serviu de engrenagem ao biopoder durante a criação dos primeiros manicômios judiciários no Brasil (BACELAR, 2021).

As reflexões levantadas neste tópico, ainda que breves, não podem deixar de ser consideradas quando discutimos o sistema prisional e a função dessa instituição na sociedade, bem como as condições às quais são submetidos os indivíduos com transtorno mental em conflito com a lei, tema desta pesquisa.

A nossa pretensão, ao trazer esta reflexão, não é esgotar a temática, mas mostrar o quão melindrosa e profunda é essa discussão e como ela permeia diversos campos do saber, englobando questões históricas, existenciais/filosóficas,

antropológicas, sociológicas, psicanalíticas, políticas, jurídicas e sanitárias, suscitando diferentes reflexões a partir de diferentes pontos de vista e perspectivas. Por exemplo, o ordenamento jurídico estabelece a forma legal para conduzir essas situações, o que pode diferir do que acreditamos, de acordo com os nossos princípios e profissão, que também pode ser diferente da forma como a sociedade recebe e encara o fenômeno de ter uma pessoa com sofrimento mental e que cometeu um crime vivendo na comunidade.

Assim, ao longo do trabalho, foi preciso exercer certo distanciamento para tentar enxergar essas pessoas da forma mais humana possível no sentido existencial, sem traçar julgamentos pré-concebidos e preconceituosos.

#### 4.2 TRANSTORNOS MENTAIS

Em todos os países, os transtornos mentais são altamente prevalentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 2022). Cerca de uma em cada oito pessoas no mundo vive com um transtorno mental, e os transtornos mentais são a principal causa de anos vividos com incapacidade (WHO, 2022).

Os sistemas de saúde mental em todo o mundo são marcados por grandes lacunas e desigualdades em informação e pesquisa, governança, recursos e serviços (WHO, 2022). Outras condições de saúde são frequentemente priorizadas em detrimento da saúde mental, sendo que, dentro dos orçamentos de saúde, a saúde mental baseada em cuidados comunitários é consistentemente subfinanciada (WHO, 2022).

Em média, os países dedicam menos de 2% de seus orçamentos de saúde para a saúde mental, e mais de 70% dos gastos com saúde mental nos países de renda média ainda vai para os hospitais psiquiátricos (WHO, 2022). Cerca de metade da população mundial vive em países onde há apenas um psiquiatra para cada 200.000 ou mais pessoas, e a disponibilidade de psicofármacos essenciais e a preços acessíveis é limitada, especialmente nos países de baixa renda (WHO, 2022).

A maioria das pessoas com diagnóstico de transtornos mentais fica completamente sem tratamento (WHO, 2022). Em todos os países, as lacunas na cobertura de serviços são agravadas pela variabilidade na qualidade do cuidado (WHO, 2022). Vários fatores impedem as pessoas de procurar ajuda para transtornos mentais,

incluindo a má qualidade de serviços, baixos níveis de alfabetização em saúde, estigma e discriminação. Em muitos locais, não existem serviços formais de saúde mental e, mesmo quando estão disponíveis, muitas vezes são inacessíveis (WHO, 2022).

Por exemplo, 71% das pessoas com psicose em todo o mundo não acessam serviços de saúde mental (WHO, 2022). Enquanto 70% das pessoas com psicose são tratadas em países de alta renda, apenas 12% das pessoas com essa condição recebem cuidados de saúde mental em países de baixa renda (WHO, 2022).

O diagnóstico dos transtornos mentais é realizado pelas observações clínicas de sinais e sintomas agrupados em transtornos ou síndromes, dispostos nos sistemas de classificação elaborados a partir de um consenso entre psiquiatras e outros profissionais da saúde mental (SADOCK, 2017). As duas classificações psiquiátricas mais utilizadas são o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM), desenvolvido pela *American Psychiatric Association* em colaboração com outros grupos de profissionais da saúde mental, e a *Classificação internacional de doenças* (CID), desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (SADOCK, 2017).

De acordo com a CID-11,

transtornos mentais, comportamentais e do neurodesenvolvimento são síndromes caracterizadas por distúrbios clinicamente significativos na cognição, regulação emocional ou comportamento de um indivíduo que refletem uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental e comportamental. Esses distúrbios geralmente estão associados a sofrimento ou prejuízo no funcionamento pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento. (OMS, 2022).

O transtorno mental grave é caracterizado, em geral, por sua gravidade clínica, nível de incapacidade laborativa, grau de sofrimento emocional, prejuízos nas relações interpessoais e dinâmica familiar (SOUZA; THIELSEN, 2018). Entre as suas características está a perda significativa de funcionalidade social, que pode ser aguda ou persistente (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde divide didaticamente os transtornos mentais graves em quatro tipos: psicóticos; afetivos graves; espectro impulsivo-compulsivo; e da personalidade (BRASIL, 2011).

Os transtornos psicóticos são aqueles caracterizados pela perda de contato com a realidade, delírios, alucinações, comportamentos bizarros e, às vezes,

isolamento social (BRASIL, 2011). Entre eles, estão a esquizofrenia, o transtorno delirante persistente, o transtorno psicótico breve, o transtorno esquizoafetivo e outras psicoses (BRASIL, 2011).

Dentre os transtornos afetivos graves, tem-se o transtorno afetivo bipolar, em que ocorre a alternância entre episódios de depressão e de mania/hipomania, e a depressão recorrente grave não psicótica ou psicótica (BRASIL, 2011).

Os transtornos do espectro impulsivo-compulsivo são aqueles ligados ao controle de obsessões, impulsos e/ou compulsões. São eles: transtorno obsessivo compulsivo, transtornos alimentares e outros transtornos de controle dos impulsos (BRASIL, 2011).

Por último, os transtornos de personalidade referem-se a um conjunto de alterações comportamentais que afetam o funcionamento do indivíduo, estabelecido desde o início da vida adulta. Em geral, são de difícil diagnóstico e com resposta modesta ao uso de medicações (BRASIL, 2011). Entre eles, está o transtorno de personalidade antissocial, caracterizado por um padrão de indiferença e violação dos direitos alheios (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA, 2014). As taxas de prevalência desse transtorno estão entre 0,2% e 3,3% na população geral (APA, 2014). Em ambientes prisionais, apesar de dados muito heterogêneos, estima-se uma prevalência de 47% em homens e 21% em mulheres (FAZEL, 2002).

De acordo com o DSM-5, o transtorno de personalidade antissocial (TPA) é também referido como psicopatia ou sociopatia (APA, 2014). Alguns estudos sugerem diferenças entre os termos, sendo o TPA um espectro e a psicopatia corresponderia à sua forma mais grave (ANDERSON; KELLEY, 2022).

Alguns crimes considerados brutais repercutem na mídia, e, conseqüentemente, fazem com que indivíduos com esse transtorno sejam considerados de alta periculosidade e incapazes de conviver em comunidade (RIBEIRO, 2019). Como os casos dos *serial killers* americanos Ted Bundy, Ed Gein e Jeff Dahmer, que possuem séries e documentários dedicados a contar suas histórias. No Brasil, entre outros exemplos, na década de 90, o *Maníaco do parque* aterrorizou toda a população. Também podemos citar o *Pedrinho Matador*, considerado o maior *serial killer* do país, com 70 homicídios em sua ficha criminal e uma confissão de assassinato de mais de 100 pessoas (ITATIAIA, 2022).

Outro caso emblemático é o de *Febrônio Índio do Brasil*, que se tornou o primeiro paciente do manicômio judiciário do Rio de Janeiro, onde foi

internado/preso em 1927. Lá ele viveu por quase 60 anos, até a sua morte. Ou seja, o dobro do permitido pela legislação da época, que previa 30 anos como o tempo máximo de prisão (BACELAR, 2021).

Para Cohen (2011), geralmente a análise e explicação de condutas são mais fáceis após a sua ocorrência e, do ponto de vista social, o mais difícil é preveni-las. Segundo o autor, “frente ao trágico e inexplicável, a sociedade quer encontrar rapidamente uma razão lógica para explicar o fato. Porém, não será associando a doença mental ou a toxicofilia a esses fatos que iremos explicar o ato antissocial, pois ele é muito complexo. Isso nos remete à questão do porquê o ser humano pode ser tão destrutivo (fazer guerras, estuprar) e ao mesmo tempo tão construtivo (criar instituições de saúde, democracia, arte)” (COHEN, 2011, p. 2).

Sendo uma questão controversa e que divide opiniões, não há uma ideia definida de como a sociedade deveria lidar com esses indivíduos, tratando-se de um grande desafio. Optamos por não aprofundar nesses pontos, visto que não é o objetivo primário deste trabalho, mas é importante enfatizarmos que transtornos psicóticos, como esquizofrenia e TPA, possuem manifestações muito diferentes e não devem ser vistos como sinônimo. Assim, a existência desses casos complexos e brutais que nos causam grande impacto e aversão não deve ser generalizada e estendida a todos os indivíduos com transtorno mental que transgrediram a lei e cumprem MS, servindo como justificativa para a sua privação de liberdade por tempo indeterminado e para o reforço do estigma direcionado a eles.

#### 4.3 HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: QUE LUGAR É ESSE?

##### 4.3.1 O surgimento dos Manicômios Judiciários no Brasil

No Brasil, o Código Penal de 1890 determinava que os chamados “criminosos loucos” eram penalmente irresponsáveis e, por isso, deveriam ser entregues às suas famílias ou internados em hospícios públicos, sendo a decisão em cada caso atribuída ao juiz (CARRARA, 2010). Em 1903, foi estabelecido que cada estado deveria reunir recursos para a construção de manicômios judiciários e que, até a construção de tais estabelecimentos, os “loucos criminosos” deveriam ser recolhidos em anexos especiais aos manicômios públicos (CARRARA, 2010).

Após quase 20 anos, em 1921, foi inaugurado o primeiro manicômio judiciário no Brasil, localizado no estado do Rio de Janeiro. A partir da década de 50, a instituição passou a ser chamada de Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, em homenagem ao seu primeiro diretor. Depois de 1986, após as reformas da legislação penal brasileira, os Manicômios Judiciários passaram a ser denominados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (CARRARA, 2010).

Os HCTPs nada mais são do que a junção de duas instituições totais (manicômios e prisões) em apenas uma, o manicômio judiciário (IBRAHIM, 1989). Segundo Goffman (2015, p. 11):

uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho, onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada.

Ao pertencer a uma instituição total, há a supressão da possibilidade de se reger a própria vida, e o indivíduo passa a ser objetificado e entregue ao controle, juízo e projetos de outros (IBRAHIM, 1989).

Sérgio Luis Carrara foi um dos autores pioneiros no Brasil a se interessar pelo estudo dos HCTPs, em meados de 1980 (CARRARA, 1998). Naquela época, embora fossem escassas as produções científicas acerca do tema, já se percebia que tais instituições eram incapazes de atingir os objetivos terapêuticos a que se propunham.

Segundo Diniz (2013), são identificados três picos de criação de estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico no país: o primeiro entre 1921 e 1933, o segundo na década de 1980, e o último depois de 2001. A autora lista as instituições inauguradas segundo a data, sendo elas (DINIZ, 2013):

- 1921: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho/Rio de Janeiro;
- 1925: Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso/Rio Grande do Sul;
- 1928: Hospital de Custódia e Tratamento/Bahia;
- 1929: Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz/Minas Gerais;
- 1933: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Professor André Teixeira Lima/São Paulo;

- 1943: Penitenciária de Psiquiatria Forense/Paraíba;
- 1955: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Doutor Arnaldo Amado Ferreira/São Paulo;
- 1968: Instituto Psiquiátrico Governador Stênio Gomes/Ceará;
- 1969: Complexo Médico-Penal/Paraná;
- 1971: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico/Santa Catarina;
- 1972: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo/Rio de Janeiro;
- 1977: Centro de Tratamento em Dependência Química Roberto Medeiros/Rio de Janeiro;
- 1978: Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy/Alagoas;
- 1982: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico/Pernambuco;
- 1984: Hospital de Toxicômanos Padre Wilson Vale da Costa/Minas Gerais;
- 1985: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico/Sergipe;
- 1986: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Antônio Batalha Barcelos/Espírito Santo;
- 1988: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico/Amazonas;
- 1998: Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento/Rio Grande do Norte;
- 1999: Ala de Tratamento Psiquiátrico/Distrito Federal;
- 2001: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha/São Paulo;
- 2002: Centro de Apoio Médico e Pericial/Minas Gerais;
- 2003: Ala de Tratamento Psiquiátrico Unidade de Saúde Mental II/Mato Grosso;
- 2004: Hospital Penitenciário Valter Alencar/Piauí;
- 2006: Enfermaria da Unidade Prisional da Capital Ênio Pinheiro/Rondônia;
- 2007: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico/Pará.

Cabe ressaltar que algumas instituições foram criadas depois da promulgação da Lei nº 10.216/2001, que contraindica todas as modalidades de internação e veda a internação de pacientes com transtornos mentais em instituições com



permitido no Brasil naquela época. Ademais, havia 606 indivíduos internados a mais tempo do que a pena máxima em abstrato para a infração cometida (DINIZ, 2013), o que significa que, caso tivessem sido julgados da forma tradicional como um cidadão “comum”, já teriam sido soltos.

Os resultados encontrados pela autora evidenciaram uma população total de 3.989 indivíduos institucionalizados nos HCTPs, dentre os quais 2.839 estavam em medida de segurança, 117 estavam em medida de segurança por conversão de pena e 1.033 estavam em situação de internação temporária. Em relação ao gênero, havia 92% (3.684) de homens e 7% (291) de mulheres. Pelo menos 25% (741) dos indivíduos em MS não deveriam estar internados, seja por já terem tido a sua periculosidade cessada, por terem sentença de desinternação, medida de segurança extinta ou internação sem processo judicial, ou ainda por terem recebido o benefício judicial da alta ou desinternação progressiva (DINIZ, 2013).

#### **4.3.3 Inspeção aos HCTPs no Brasil: a realidade das instituições**

Em 2015, entre os meses de abril e junho, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), em conjunto com a OAB e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde, publicou um relatório no qual denunciam a cruel realidade das instituições de cumprimento de medida de segurança no país (CFP, 2015). Esse relatório estabelece que os principais fatores contribuintes para a situação desumana dos manicômios judiciais são a falta de avaliação psicológica regular, a ausência de política estatal de reinserção dos indivíduos e a grave omissão do judiciário em autorizar a saída dessas pessoas (CFP, 2015). Nesse sentido, reconhece as inspeções como fundamentais para a verificação de irregularidades nos estabelecimentos e promoção de alternativas à situação na qual se encontram (CFP, 2015).

Durante inspeções realizadas em dezoito Unidades da Federação, constatou-se que tais instituições encontram-se abandonadas por sucessivas administrações, além da falta de transparência dos gestores com as informações fornecidas. A partir do relatório, o CFP descortina a situação dos HCTPs e descreve que, com sua administração voltada à segurança pública e não à secretaria de saúde, esses locais continuam seguindo os preceitos da defesa social e segurança, pouco preocupados em adotar características “pseudo-hospitalares” e mantendo o seu funcionamento

em ambiente carcerário, sem obedecer às regulamentações sanitárias ou normas voltadas a estabelecimentos de saúde mental (CFP, 2015). Reforçando o argumento, observou-se um número bem maior de agentes penitenciários nesses locais do que de profissionais da saúde (CFP, 2015).

No Brasil, a Lei Federal nº 12.847/2013 instituiu o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNCTP), que tem como principal função a prevenção e o combate à tortura a partir de visitas regulares a pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2013). Relatórios publicados em 2015 e 2016, pelo MNCTP, após a inspeção de alguns HCTPs distribuídos pelo país, constataram extrema insalubridade: ausência de colchões para todos os internos, corredores escuros, sujos e malcheirosos, pouco ou nenhum acesso à água potável para consumo, falta de chuveiro para banho em muitas celas e, quando presente, o banho era frio.

Ainda foi constatada escassez de material de higiene, ausência de vaso sanitário na maioria das celas, com o uso de um buraco no chão para as necessidades fisiológicas, vazamentos, paredes com infiltrações, entupimento de encanamentos, mofo, pintura gasta, iluminação inadequada e pouco arejamento. Em muitos deles, havia grades nas portas e janelas e os banheiros não possuíam portas, negando o direito à privacidade. Também houve relato de ausência de iluminação elétrica em um dos locais, e as pessoas eram mantidas no escuro com a chegada da noite. Observou-se convívio de internos diretamente com roedores e insetos. A alimentação, quando relatada, foi tida como insuficiente e sem qualidade, muitas vezes chegando estragada às celas (MNPCT, 2015; MNPCT, 2015a; MNPCT, 2016; MNPCT, 2016a; MNPCT, 2016b).

Muitos dos indivíduos usavam roupas sujas e tinham mau cheiro. Além disso, em alguns hospitais, as funções de limpeza ficavam a cargo dos próprios internos, que as realizavam sem qualquer proteção individual. Em todos os locais visitados, os internos eram privados de atividades dignas de trabalho, educação, terapia ocupacional e lazer, à exceção do acesso a atividades de manicure e costura, por parte de algumas internas, e atividades de jardinagem, para os internos do HCTP visitado em São Paulo. Na Paraíba, havia a assistência religiosa pelas Pastorais Evangélica, Católica e Espírita, além de atividades de educação física, o uso de um pequeno campo de futebol para lazer e a disponibilidade de um salão para corte de cabelo (MNPCT, 2015; MNPCT, 2015a; MNPCT, 2016; MNPCT, 2016a; MNPCT, 2016b).

As visitas aos HCTPs evidenciaram uma situação de abandono pela ausência de atividades que envolvessem os internos na construção de um projeto de tratamento ou de cidadania, sendo reservado a eles apenas o uso da medicação imposta, sem respeito às particularidades de cada um. Embora a permissão para o recebimento de visitas ocorresse em média duas vezes por semana, muitas famílias eram do interior do estado, de forma que a internação na capital aprofundava a desconstrução dos vínculos sociofamiliares (MNPCT, 2015; MNPCT, 2015a; MNPCT, 2016; MNPCT, 2016a; MNPCT, 2016b). Em todos os casos, não houve interlocução com a RAPS de forma sólida e articulada (MNPCT, 2015; MNPCT, 2015a; MNPCT, 2016; MNPCT, 2016a; MNPCT, 2016b).

#### 4.4 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E OS HCTPS

No final da década de 1970, o médico italiano Franco Basaglia liderou o Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, que levou à abolição dos manicômios naquele país (AMARANTE, 2009). A atuação de Basaglia na Itália exerceu grande influência no Brasil, onde, também no final da década de 1970, profissionais da saúde mental denunciaram as condições dos hospitais psiquiátricos, dando início ao movimento pela Reforma Psiquiátrica (FERRAZ, 2016). O movimento seguiu com inúmeras reivindicações, culminando, em 2001, com a aprovação da Lei nº 10.216, considerada um marco na garantia de direitos às pessoas com transtorno mental (BRASIL, 2001).

Concomitantemente à luta antimanicomial, outros eventos importantes aconteciam no país, como a Reforma Sanitária e a promulgação da Constituição Federal, em 1988, que, em seus artigos 196 a 200, estabeleceu os princípios e atribuições do Sistema Único de Saúde, garantindo a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Diante dessa realidade, foram criadas alternativas no intuito de substituir a psiquiatria tradicional baseada no modelo manicomial e asilar por uma psiquiatria sustentada em novos dispositivos organizados em rede e novas tecnologias de assistência (BRASIL, 2013a).

Entre eles, estão o apoio matricial por meio da articulação com a atenção básica em saúde, os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Diária, Hospitais Dia, leitos psiquiátricos

em hospitais gerais, Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e o Programa “De volta pra casa” (BRASIL, 2003; BRASIL, 2011).

Desse modo, os serviços substitutivos surgiram embasados na diretriz do acolhimento, promoção da autonomia e suporte ao núcleo familiar, e a equipe multidisciplinar passou a ser de fundamental importância para a atuação em saúde mental (CFP, 2015).

A RAPS foi instituída no Brasil pela Portaria nº 3088 de 2011, com a finalidade de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde e serviços de base territorial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

Dentre os objetivos gerais da RAPS, encontram-se a ampliação do acesso à atenção psicossocial por parte da população em geral, a promoção do acesso da população alvo e de sua família aos seus pontos de atenção e a garantia da articulação e integração desses, a fim de prover cuidado qualificado por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências (BRASIL, 2011).

A RAPS é constituída por sete componentes, ou seja, conjuntos de ações ou serviços pelos quais os usuários transitam de acordo com as suas necessidades. São eles: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência/emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização, e Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

Podemos observar que os HCTPs não fazem parte da RAPS, mas do sistema prisional, conforme disposto no Capítulo VI da Lei n. 7.210/84 – Lei de Execução Penal (BRASIL, 1984). Os SRTs são citados na Portaria que institui a RAPS como locais destinados a acolher pessoas egressas de diferentes instituições, entre elas, os HCTPs (BRASIL, 2011). No entanto, de um modo geral, os HCTPs praticamente não estabelecem articulação com a RAPS nem desenvolvem atividades voltadas para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde, resistindo às possibilidades de cuidado oferecidas a partir da criação dos dispositivos substitutivos, já que a legislação penal segue a lógica da internação como regra (CFP, 2015).

O modelo de cuidado em rede implementado no Brasil possibilitou o desenvolvimento de práticas de cuidado inovadoras e trouxe avanços significativos, como o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, a expansão dos serviços comunitários e a participação ativa dos usuários na reivindicação por direitos

(SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021). Contudo, ainda existem inúmeras barreiras a transpor para a efetivação do processo de desinstitucionalização e a oferta de cuidados em saúde mental em meio aberto, tais como o subfinanciamento na saúde mental, a distribuição desigual e a insuficiência dos serviços, o estigma relacionado aos usuários dos serviços, a fragilidade na articulação intra e intersetorial e as dificuldades de (re)inserção social (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

Além disso, desde 2016, questões de cunho político e econômico no país, relacionadas a um governo conservador e neoliberal, têm prejudicado e lentificado o ritmo da criação de novos serviços e a oferta de financiamento adequado (ALMEIDA, 2019). Na contramão do que vinha sendo proposto até então, houve a inclusão dos hospitais psiquiátricos e ambulatorios especializados na RAPS, aumento do financiamento para internações psiquiátricas e comunidades terapêuticas, e incentivo a dispositivos de internação de crianças e adolescentes (ALMEIDA, 2019; SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

Os problemas se intensificam ao enfocarmos a realidade dos HCTPs, em que nos deparamos com uma rede assistencial desarticulada dessas instituições, insuficiente e sem capacitação para atendimento da demanda em saúde mental forense, que possui características específicas. Assim, Prado (2008) fala em uma população triplamente penalizada, considerando, além das penalizações sofridas por serem “loucos” e “criminosos”, a precariedade do acesso e do atendimento em saúde mental a que são submetidos.

As penas privativas de liberdade são executadas com base em um sistema progressivo, que prevê regime fechado, regime semiaberto e regime aberto de cumprimento da pena. No entanto, para a MS, não há previsão legal sobre a adoção de um programa de desinternação progressiva, o que dificulta a reinserção social dos indivíduos (GIACOIA; ALMEIDA, 2016). Apesar de já haver algum posicionamento favorável à desinternação progressiva por parte da doutrina e da jurisprudência, não existe uma lei federal que discipline a desinternação, o que impede o fornecimento de mais recursos para sua execução e faz com que seja aplicada de maneira heterogênea entre os diferentes estados e municípios da federação (GIACOIA; ALMEIDA, 2016).

Os investimentos deveriam favorecer não só a efetivação da desinternação em si, como se estender a todo o Sistema de Saúde, pois esses indivíduos dependerão do SUS para a continuidade de seu tratamento (GIACOIA; ALMEIDA, 2016). Nesse

sentido, Oliveira e Arraes (2011) sugerem a criação de um Centro de Atenção Psicossocial Judiciário, especializado na saúde mental da população carcerária. Os autores defendem que seria uma forma de oferecer serviço especializado e buscar a reintegração à sociedade, já que acreditam que os CAPS atuais estariam despreparados para atender toda a demanda do sistema prisional, em termos de equipe e estrutura física. Apesar de todos os argumentos e justificativas a favor da ideia, parece uma estratégia frágil, pois possivelmente se estruturaria mais um espaço de segregação e dificilmente a transferência desses pacientes aos CAPS adulto seria em algum momento efetivada, mesmo depois de encerrado o cumprimento de sua MS.

Em 2014, foram instituídas pelo Ministério da Saúde duas portarias relevantes para o redirecionamento dos modelos de assistência à pessoa com transtorno mental referida à lei: a Portaria nº 94/2014, que institui o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, no âmbito do SUS; e a Portaria nº 95/2014, que dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do SUS (BRASIL, 2014; BRASIL, 2014a).

Entre as atribuições da Equipe de Avaliação e Acompanhamento (EAP), destaca-se o acompanhamento integral, resolutivo e contínuo da execução da medida terapêutica e a contribuição para a realização da desinternação progressiva de pessoas que cumprem medida de segurança detentiva, articulando-se às equipes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e aos dispositivos da RAPS e do Sistema Único de Assistência Social. Porém, ainda são poucos os estados e municípios que instituíram as EAPs (PRADO; SCHINDLER, 2017).

Além da proposta das EAPs, existem duas alternativas de dispositivos conectores entre os órgãos da justiça e os dispositivos da saúde que atuam em benefício da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei: o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), em Minas Gerais, e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), no estado de Goiás. Cada um com suas particularidades e com auxílio de uma equipe multidisciplinar, tais programas buscam viabilizar o direito ao tratamento em liberdade da pessoa com transtornos mentais, bem como a reinserção social delas. Trata-se de iniciativas

consideradas exitosas e que poderiam servir de modelo para a criação de novas estratégias de cuidado em outros estados do país (PRADO; SCHINDLER, 2017).

#### 4.5 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma estratégia de direcionamento e acompanhamento do cuidado na saúde mental, construído por uma equipe multidisciplinar para um sujeito individual ou coletivo (BRASIL, 2007; BRASIL, 2013a). Além da equipe, a construção do PTS deve contar com a participação do indivíduo na definição de suas demandas, expectativas e prioridades, de forma a promover a sua autonomia e trabalhar a noção da corresponsabilidade (BRASIL, 2007; BRASIL, 2013a). Todo PTS é único e considera as especificidades e potencialidades de cada pessoa, assim como os recursos dos quais o sujeito dispõe, juntamente com aqueles viabilizados, seja por meio da RAPS e seus inúmeros espaços de cuidado, seja por meio da interlocução com outras esferas pertinentes a cada caso (BRASIL, 2007; BRASIL, 2013a).

A organização do PTS envolve quatro diferentes momentos: o diagnóstico, a definição de metas, a divisão de responsabilidades e a reavaliação. O diagnóstico deve conter uma avaliação biopsicossocial detalhada, que possibilite a identificação dos riscos e vulnerabilidades do usuário (BRASIL, 2007). Deve levar em conta as comorbidades, a forma como a pessoa lida com as adversidades, desejos, interesses, questões relativas à moradia, renda, trabalho, cultura, família, rede social de apoio e fatores de proteção (BRASIL, 2013a).

A definição de metas é realizada após a determinação do diagnóstico, sendo estabelecidas propostas de curto, médio e longo prazo que serão acordadas com a pessoa pelo profissional com quem tiver o melhor vínculo. Em seguida, ocorre a divisão de responsabilidades, que se trata da indicação precisa das tarefas de cada um. Por último, tem-se a reavaliação, na qual se discute a evolução, adequação do PTS e eventuais mudanças que sejam necessárias (BRASIL, 2007). Em todas as situações, o vínculo será favorecido se o profissional realizar um acolhimento empático juntamente com uma escuta cuidadosa (BRASIL, 2013a).

Para que o PTS seja eficaz, é importante produzir um caminho comum. Para isso, faz-se necessário alinhar as expectativas, de forma que as intenções do profissional estejam de acordo com as demandas do usuário. Além disso, é

preciso reconhecer as limitações e dificuldades apresentadas pela equipe em relação aos desafios impostos por cada caso, sendo fundamental solicitar ajuda de outros setores e/ou profissionais sempre que necessário (BRASIL, 2013a). A construção do PTS não admite hierarquias e, por isso, observa-se a horizontalização dos poderes e conhecimentos, tendo como resultado seu aperfeiçoamento e otimização (BRASIL, 2013a).

Apesar de pouco explorado, para as pessoas com sofrimento mental cumprindo MS, o PTS se faz fundamental para a definição das estratégias de cuidado e dos atores envolvidos. Devemos lembrar que essa população apresenta inúmeras vulnerabilidades que precisam ser identificadas e problematizadas, como a violação de direitos humanos, questões relacionadas diretamente ao encarceramento, presença de transtornos mentais e/ou uso de drogas, relações familiares, redes setoriais e intersetoriais envolvidas no cuidado à saúde, dentre outros (ARAGAKI, 2021).

Em face do exposto, temos no PTS uma ferramenta poderosa para ser usada como aliada no cuidado em saúde mental dos indivíduos com transtorno mental em conflito com a lei, com foco na oferta de tratamento adequado (farmacológico e não farmacológico), estratégias de desinternação progressiva, ressocialização e manutenção dos vínculos familiares e sociais. Magno e Boiteux (2018) apontam que o PTS é o elemento mais importante para a interação entre a política pública penitenciária no contexto da MS e a política pública de saúde mental do SUS. A participação do setor judicial na construção do PTS permite um diálogo de saberes e leva à interação entre os princípios *psi* e jurídico sobre o PTS (MAGNO; BOITEUX, 2018).

Os autores afirmam que, para que o sistema de justiça compreenda a forma como a RAPS se articula e constrói o PTS, é imprescindível que ele se aproprie do conceito de território no âmbito da saúde mental (MAGNO; BOITEUX, 2018). A organização do cuidado comunitário e territorial tem como ponto de partida o bairro em que a pessoa irá residir após a sua desinternação e se complexifica na rede de interações que provoca (MAGNO; BOITEUX, 2018). A partir do PTS, é possível traçar estratégias de enfrentamento à periculosidade e de garantia de que a pessoa será acolhida e inserida em equipamentos de saúde extra hospitalares (MAGNO; BOITEUX, 2018).

## 4.6 INIMPUTABILIDADE PENAL E MEDIDA DE SEGURANÇA: O CÓDIGO PENAL BRASILEIRO

### 4.6.1 Considerações gerais

O sistema normativo penal brasileiro originou-se do direito português e, ao longo da história do país, observa-se uma tendência autoritária no âmbito do Direito Penal (SILVEIRA, 2010; TAQUARY, 2008). Foi somente em 1830, com a criação do Código Criminal do Império, que o Brasil teve o seu primeiro conjunto de normas penais sistematizadas em um código, desenvolvido com a perspectiva de substituir a herança legal e institucional de Portugal (SILVEIRA, 2010; TAQUARY, 2008). Após sessenta anos e a partir da proclamação da República, o Código Criminal do Império foi substituído pelo Código Criminal da República, datado de 1890 (SILVEIRA, 2010; TAQUARY, 2008).

Em dezembro de 1940, foi decretado o novo Código Penal Brasileiro (CPB), criado a partir do Decreto-Lei nº 2.848/1940 (BRASIL, 1940; SILVEIRA, 2010; TAQUARY, 2008), e passando a vigorar desde 1942 até os dias atuais, tendo sido parcialmente reformado (BITENCOURT, 2012).

O CPB foi estruturado a partir de um conjunto de regras sistematizadas com caráter punitivo. Sua finalidade é a aplicação de sanções e a desestimulação da prática de delitos que atentem contra o tecido social. É dividido em duas partes: a Parte Geral, em que são estabelecidos conceitos gerais sobre diversos aspectos, e a Parte Especial, que trata da tipificação dos crimes e suas respectivas penas (BITENCOURT, 2012).

De acordo com Bitencourt (2012), desde 1940, duas leis que modificaram o código penal merecem destaque: a Lei nº 6.416, de 24 de maio de 1977, que procurou atualizar as sanções penais, e a Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984, que instituiu uma nova Parte Geral (BITENCOURT, 2012). Essa última, entre outras coisas, reformulou toda a Parte Geral do Código de 1940, humanizou as sanções penais e adotou penas alternativas à prisão (BITENCOURT, 2012). Apesar disso, o autor reconhece que, embora existam inúmeras alternativas à pena privativa de liberdade, não há infraestrutura adequada no sistema penitenciário para a utilização delas. Sem estrutura, os judiciários não encontram solução para operacionalizar a sua aplicação, já que “criar alternativas à prisão, sem oferecer as correspondentes

condições de infraestrutura para o seu cumprimento, é uma irresponsabilidade governamental que não se pode mais tolerar” (BITENCOURT, 2012, p. 38).

Em 2012, uma comissão de juristas formada pelo Senado elaborou uma nova proposta de reforma do código penal brasileiro, o PLS 236/2012. Desde a sua elaboração, a proposta tramita no senado, e, atualmente, encontra-se parada, após algumas trocas do responsável por sua relatoria. O PLS 236/2012 foi alvo de inúmeras críticas de especialistas, pois trouxe alterações que contribuíam para o fortalecimento do encarceramento, ao contrário da tendência mundial do desencarceramento (GONÇALVES, 2021).

#### **4.6.2 Crime, imputabilidade, inimputabilidade e semi-imputabilidade penal**

Para que haja um crime, é necessário analisar aspectos formais e materiais relacionados à conduta do agente (ROSTIROLLA *et al.*, 2021). Adotando-se a teoria tripartite do conceito analítico do crime, existem três elementos indispensáveis à sua configuração: deve se tratar de um fato típico, ilícito e culpável, sendo a culpabilidade um elemento constitutivo do crime, ou seja, sem a culpabilidade não há crime e o juiz é obrigado a absolver o agente (ROSTIROLLA *et al.*, 2021). Portanto, a tipicidade, a antijuridicidade e a culpabilidade são três elementos que possibilitam a conversão de uma ação em um delito. Do contrário, o fato praticado será considerado um indiferente penal (GRECO, 2017).

A responsabilização por um fato típico e ilícito cometido por um agente implica necessariamente na imputabilidade (GRECO, 2017). De acordo com Pitombo, Avelar e Louzado (2017, p. 51), a imputabilidade pode ser conceituada como “a maturidade ou sanidade mental que confere ao agente a capacidade de entender o caráter ilícito do fato e de agir de acordo com esse entendimento”. Bitencourt (2019) considera que a imputabilidade também se refere à capacidade de culpabilidade. Além disso, a imputabilidade não deve ser confundida com responsabilidade, princípio segundo o qual a pessoa imputável responde por suas ações (BITENCOURT, 2019).

De acordo com Taborda, Chalub e Costa (2016, p. 227),

responsabilidade penal significa a obrigação de arrostar judicialmente as consequências de um ato praticado, o qual é considerado pela lei vigente como crime ou contravenção. Ao que pratica ação ou omissão ilícitas, a Justiça lhe imputa, se culpado, o dever de responder por elas, tornando-se,

assim, o agente responsável. Esse é o sentido de imputabilidade: a faculdade de ser chamado à responsabilidade.

Segundo Greco (2017), a imputabilidade é considerada como regra e a inimputabilidade, como exceção. Existem dois elementos que constituem a imputabilidade: o intelectual e o volitivo. O primeiro se refere à capacidade de entender o caráter ilícito do fato e o segundo, à capacidade de determinar-se de acordo com esse entendimento (GRECO, 2017). O elemento intelectual é baseado na capacidade de conhecer a natureza do ato, bem como suas condições e consequências. Assim, exige-se que algumas funções cognitivas estejam preservadas, como a atenção, a memória, a orientação e a inteligência, e também implica em certo grau de experiência, maturidade e educação (PALOMBA, 2003). Já o elemento volitivo engloba a capacidade de escolher praticar ou não o ato, além de um adequado controle dos impulsos (PALOMBA, 2003).

A avaliação da imputabilidade visa avaliar o estado mental do réu ao tempo da prática do delito, sendo realizada sempre de forma retroativa (TABORDA; CHALUB; COSTA, 2016). Em suma, “a capacidade de imputação jurídica depende da razão e do livre arbítrio do agente do crime e pode ser total, parcial, ou nula” (PALOMBA, 2003, p. 197).

A capacidade total resulta na imputabilidade. Quando parcial, significa que o agente era, à época do delito, parcialmente capaz de entender o caráter ilícito do fato e ou parcialmente capaz de determinar-se de acordo com esse entendimento, sendo, então, considerado semi-imputável, podendo ser parcialmente julgado pelo ato cometido, admitindo-se redução da pena de um a dois terços (PALOMBA, 2003). As características individuais do infrator considerado semi-imputável irão determinar qual a resposta penal de que ele necessita: se houver necessidade maior de tratamento e o juiz definir que há presença de periculosidade, cumprirá MS; do contrário, cumprirá a pena correspondente ao delito praticado, com a redução prevista (BITENCOURT, 2012). A capacidade de imputação nula implica na inimputabilidade (PALOMBA, 2003).

A lei brasileira prevê duplo critério para considerar um agente inimputável: o cronológico, que considera as pessoas menores de 18 anos inimputáveis, e o biopsicológico, que prevê que o réu deveria apresentar um transtorno mental na ocasião da prática do crime (TABORDA; CHALUB; COSTA, 2016). Por si só, o

diagnóstico de doença mental, ainda que grave, não implica que o agente seja inimputável. Deve haver um nexo de causalidade, ou seja,

o réu deveria apresentar um transtorno mental na ocasião da prática do crime e, em razão desse transtorno mental, ser inteiramente incapaz de entender o que fazia (elemento cognitivo) ou de determinar-se conforme esse entendimento (elemento volitivo). (TABORDA; CHALUB; COSTA, 2016, p. 223).

Nesses casos, a lei não nega a existência do crime, isto é, reconhece que houve ação ou omissão típica e antijurídica, mas, em razão do transtorno mental, o fato não lhe será imputado e o agente será considerado isento de pena, já que não responderá por ela (TABORDA; CHALUB; COSTA, 2016). A isenção de apenamento significa que a pessoa não deve sofrer punição, cabendo ao Estado oferecer diagnóstico e tratamento adequado para a doença apresentada (BARROS, 2019).

Havendo dúvida sobre a capacidade de imputação jurídica de um indivíduo que cometeu um delito, o juiz nomeia um perito para a realização da perícia de sanidade mental, que objetiva verificar o grau de entendimento e autodeterminação do agente à época dos fatos. Após a realização da perícia, o perito precisa articular os achados médicos com a moldura judicial (PALOMBA, 2003).

O código penal não utiliza a expressão “transtorno mental”, definida no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5, como

uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. (APA, 2014, p. 20).

Dessa forma, ao fazer a correspondência com as quatro categorias previstas pelo Código Penal, a expressão transtorno mental engloba a doença mental, a perturbação da saúde mental, o desenvolvimento mental retardado e o desenvolvimento mental incompleto (TABORDA; CHALUB; COSTA, 2016).

O termo “doença mental” usado pelo CPB refere-se aos casos de alienação mental, o que compreende apenas transtornos mentais graves, como psicoses, o delirium e os transtornos neurocognitivos maiores. O termo ‘Perturbação da saúde mental’ engloba todos os transtornos mentais que não implicam quebra do juízo de realidade, ou seja, os transtornos da personalidade, os transtornos neurocognitivos leves, as parafilias e as ditas neuroses (TABORDA; CHALUB; COSTA, 2016).

O uso do termo desenvolvimento mental retardado refere-se à deficiência mental, oligofrenia ou deficiência intelectual. Por fim, a expressão desenvolvimento mental incompleto é reservada para casos especiais que, apesar de não serem propriamente transtornos mentais, também podem comprometer as capacidades de entendimento ou de determinação, sendo enquadrados nessa categoria silvícolas não adaptados, surdos-mudos com grave impossibilidade de comunicação e incorporação de conhecimento, e pessoas com grau avançado de primitivismo. Dadas as suas características, essa categoria é cada vez menos encontrada na prática forense (TABORDA; CHALUB; COSTA, 2016).

Em consequência dessa categorização proposta pelo CPB, o diagnóstico clínico realizado a partir de uma perícia criminal e classificado segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (OMS, 1998) deve, ao final, ser convertido às terminologias jurídicas supracitadas, buscando o estabelecimento de uma correta conexão entre os dois campos. Porém, ao converter a linguagem do domínio psiquiátrico em termos jurídicos, o diagnóstico clínico pode ser desvalorizado, no intuito de gerar uma definição legal e predispor à adoção de tratamentos homogeneizantes para internos com diferentes perfis (TABORDA; CHALUB; COSTA, 2016).

#### **4.6.3 Pena x medida de segurança**

No Brasil, até a reforma da parte Geral do Código Penal em 1984, adotava-se o sistema duplo binário, que admitia, para o mesmo sujeito, ambas as sanções penais: pena e medida de segurança, que podiam ser aplicadas cumulativamente. Com a reforma de 1984, o sistema duplo binário foi substituído pelo sistema vicariante, que prevê a substituição da aplicação ou a execução da pena privativa de liberdade pela imposição medida de segurança para indivíduos imputáveis ou semi-imputáveis (GABRIEL NETO; LOSEKANN, 2017).

Em termos práticos, a MS em nada se diferenciava da pena privativa de liberdade. Quando o sentenciado concluía a pena, continuava no mesmo local para cumprir a MS, exatamente nas mesmas condições em que acabara de cumprir a pena. O cidadão sofria grande violação de seu direito de liberdade: inicialmente cumpria uma pena determinada para, em seguida, cumprir outra “pena”, dessa vez com duração indeterminada (GABRIEL NETO; LOSEKANN, 2017).

Hoje em dia, ao praticar uma conduta punível, o imputável será submetido somente à pena correspondente, o inimputável, à MS, e o semi-imputável sofrerá ou pena ou medida de segurança, mas nunca as duas, como ocorria no sistema duplo binário (BITENCOURT, 2012). O indivíduo inimputável, sujeito de estudo deste trabalho, não é condenado, mas sim absolvido, tendo como consequência a imposição da medida de segurança (BITENCOURT, 2012).

Tanto a pena quanto a MS são consideradas espécies de sanção penal, com o mesmo fundamento: proteger o bem jurídico e prevenir a prática de crimes. No entanto, elas se distinguem entre si pelo fato de a MS fundamentar-se exclusivamente na periculosidade e a pena se relacionar à verificação dos pressupostos de culpabilidade: imputabilidade, potencial consciência da ilicitude e a inexigibilidade de conduta diversa (GABRIEL NETO; LOSEKANN, 2017).

As penas têm caráter retributivo-preventivo e são determinadas no tempo, já as MS têm natureza eminentemente preventiva e sua duração máxima é indeterminada, condicionada à cessação de periculosidade (BITENCOURT, 2012). Grosso modo, a MS e a pena privativa de liberdade constituem formas semelhantes de controle social e, em essência, não apresentam diferenças dignas de nota. Estabelecem formas de invasão da liberdade do indivíduo pelo Estado, e, por isso, todos os princípios fundamentais e constitucionais aplicáveis à pena regem também as medidas de segurança (BITENCOURT, 2012).

Para a aplicação da MS, existem alguns requisitos que devem ser preenchidos: a prática de um ilícito típico, a periculosidade do agente e a ausência de imputabilidade plena. Sendo assim, verificada a presença de doença mental, que tenha interferido de alguma forma para a ocorrência do crime, instaura-se a MS, que é definida pelo juiz de acordo com o crime cometido, e engloba duas possibilidades de tratamento: a internação em HCTPs (detentiva) ou a sujeição a tratamento ambulatorial (restritiva) (BRASIL, 1984). Porém, o tratamento ambulatorial em qualquer fase poderá ser substituído por internação, quando essa se fizer necessária (BITENCOURT, 2012).

A aplicação da medida de segurança restritiva ou detentiva será definida a partir da natureza da pena privativa de liberdade aplicável, que, se for de detenção, suscitará a aplicação de tratamento ambulatorial, desde que as condições individuais o permitam (BITENCOURT, 2012). Em teoria, o objetivo disso é que a justiça se responsabilize pelo tratamento do paciente enquanto durar sua

periculosidade, ou seja, o risco aumentado de delinquir novamente em função de sua doença (BARROS, 2019).

Para isso, será determinado pelo juiz e fixado na sentença o prazo mínimo de tratamento, que varia entre um e três anos. Ao término desse prazo, a pessoa deve passar pelo exame de cessação de periculosidade, uma perícia psiquiátrica com o objetivo de avaliar o transtorno mental em questão e observar se houve melhora do quadro, para orientar os operadores do direito em relação à possibilidade de que o indivíduo venha novamente a cometer um delito em decorrência de sua condição mental (RACHMAN; FREIRE, 2020). Enquanto o indivíduo não tiver a sua periculosidade cessada, deverá continuar cumprindo a MS e passar anualmente por novo exame, ou a qualquer tempo, caso seja determinado pela justiça (BRASIL, 1984).

Apesar de existir o prazo mínimo, a lei não prevê a duração máxima da MS, ficando condicionada à cessação da periculosidade do sujeito, e, na maioria das vezes, o que ocorre na prática é a reclusão por tempo indeterminado (PRADO; SCHINDLER, 2017). A Constituição Federal de 1988 proíbe a prisão perpétua e, por essa razão, a MS não deveria ultrapassar o limite máximo de pena abstratamente cominada ao delito (BITENCOURT, 2012).

Se comprovada a cessação da periculosidade mediante perícia, o juiz da execução irá determinar a revogação da medida de segurança, com a desinternação ou a liberação provisória do indivíduo. Se, durante o período de um ano, a pessoa praticar algum fato que indique a persistência de sua periculosidade, será restabelecida a MS suspensa. Somente ao ultrapassar esse período a MS será extinta de forma definitiva (BITENCOURT, 2012).

Outra possibilidade prevista na legislação brasileira é a chamada superveniência de doença mental, que ocorre quando o indivíduo que foi previamente considerado imputável passa a apresentar sintomas de transtornos mentais após a prática da infração, durante o cumprimento da pena privativa de liberdade em presídio comum. Nesse caso, avalia-se o aparecimento do transtorno e não o seunexo causal com o delito cometido (BRASIL, 1984). Sendo constatado em perícia que o sentenciado desenvolveu algum transtorno mental previamente inexistente ou desconhecido, ele deve ser encaminhado para tratamento em HCTPs ou, à falta desses, em outro estabelecimento adequado, onde lhe seja assegurada a custódia (BRASIL, 1984). Nesses casos, quando indicada, há a conversão da pena em MS.

#### 4.6.4 Periculosidade

A periculosidade, uma exclusividade do “louco criminoso” na normativa penal atual, é considerada uma teoria frágil e pouco aceita na atualidade, por suas formulações conceituais confusas e precárias, desenvolvidas a partir de saberes de uma época em que as pesquisas em saúde mental eram incipientes (CAETANO, 2019). Do ponto de vista jurídico, pode ser definida como “um juízo de probabilidade – tendo por base a conduta antissocial e a anomalia psíquica do agente – de que este voltará a delinquir” (BITENCOURT, 2012, p. 315).

Bacelar (2021) coloca que, no século XIX, houve a tentativa de uma higienização da população, principalmente dos que poderiam “contaminar” o status quo que vigorava na época. Com isso, a periculosidade criminal foi criada a partir da difusão do medo e do caos na sociedade, que induzia e justificava as políticas autoritárias de controle social. Uma das preocupações da burguesia era superar seus medos antes mesmo que um crime fosse cometido e, assim, cria-se uma República intolerante e excludente, que usa do direito penal para garantir o autoritarismo.

Diniz (2013) também concorda que o argumento da periculosidade é usado como um dispositivo de poder e controle dos indivíduos. A autora explica que não há periculosidade inerente aos diagnósticos psiquiátricos, sendo que o diagnóstico psiquiátrico não é determinante para a infração penal cometida e o tipo de infração penal não está atrelado a um ou outro diagnóstico (DINIZ, 2013). O que há são indivíduos em sofrimento mental que, em algum momento da vida, por razões diversas, cometem infrações penais (DINIZ, 2013).

Barros-Brisset (2012) reforça esse argumento ao defender que, desde 1800 até hoje, esses rótulos são usados para justificar uma teoria fictícia de ordem social higiênica, que, por meio da alegação de proteção da sociedade, leva à criação de protocolos sanitários e à imposição da limpeza das ruas, da segregação e dos descabidos asilamentos perpétuos. A autora defende a ideia da substituição do conceito ‘presunção da periculosidade’ por ‘presunção/potencial de sociabilidade’ e questiona: “Que perigo é esse? Medida de segurança contra que perigo? Internação involuntária e compulsória em defesa do quê? O que esse discurso visa proteger? Penso que a pergunta não seria proteção de quem, mas sim o que este discurso

protege? O acento não estaria no sujeito, e sim no objeto a ser produzido por este discurso. Protege uma certa ideologia de poder, que aposta e tudo faz para fazer crer ser possível garantir uma sociedade sem riscos, asséptica e absolutamente vigiada e controlada” (BARROS-BRISSET, 2012, p. 122).

Para Cohen:

o que devemos entender é que a questão da periculosidade individual surge no momento em que se quis avaliar a periculosidade social, observando-se, por exemplo, quem é mais perigoso: um sequestrador, um traficante de drogas ou armas, um político corrupto, um pai incestuoso ou um cientista irresponsável. O que se torna mais difícil nessa questão, além de determinarmos quem seja mais perigoso, é a quem competirá decidir se o indivíduo é perigoso ou não: a um criminalista (tipo de crime), a um psiquiatra (varia segundo o transtorno mental), a um sociólogo (qual é o perigo que o indivíduo causou à sociedade), ou a um juiz (magistrado que tem por função ministrar a justiça). (COHEN, 2011, p. 1).

Cohen (2011) também ressalta que nem a Classificação Internacional de Doenças e nem o DSM colocam a periculosidade do indivíduo como critério diagnóstico de transtornos mentais. A definição de periculosidade como princípio da MS denigre e estigmatiza esses indivíduos, vinculando a doença mental ao criminoso perigoso.

Do ponto de vista ético, não há diretrizes claramente definidas para orientar o procedimento de realização das perícias de cessação de periculosidade, bem como um direcionamento técnico claro e bem especificado. Assim, a perícia possui pouca padronização e sistematização (OLIVEIRA *et al.*, 2016), mais um indício de que o conceito da periculosidade se fundamenta em bases frágeis.

Existem alguns instrumentos padronizados de avaliação de risco de violência usados em ambientes forenses, sobretudo internacionalmente, cuja função é sistematizar de forma mais clara e objetiva a previsão desse risco. Como exemplo, podemos citar o Historical, Clinical and Risk Management Violence Risk Assessment Scheme (HCR-20) (WEBSTER, 1997) e a Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R) (HARE, 1991).

No entanto, essas ferramentas não garantem um tratamento ou gerenciamento de risco eficaz (VILJOEN *et al.*, 2018). No final das contas, a decisão ou não de cessação de periculosidade é atravessada por diversas questões subjetivas, e o profissional que assume a função de realizar as perícias se encontra em uma condição delicada, já que a sua avaliação influenciará uma decisão sobre algo imprevisível e

multifatorial, mas que impacta diretamente na permanência de um indivíduo no sistema prisional e na privação contínua de liberdade. Baseado em quais fundamentos podemos afirmar que a pessoa condenada que cumpre pena privativa de liberdade é menos perigosa que o indivíduo com transtorno mental que cumpre MS? Por que, tão logo cumprido o tempo determinado de pena, esse indivíduo é imediatamente liberado ao convívio social? Considerando duas pessoas que cometeram crimes de mesma tipificação, por que apenas aquela com transtorno mental pode oferecer algum risco à sociedade?

Vários estudiosos do tema reconstroem historicamente o contexto do surgimento do conceito de periculosidade e questionam veementemente a sua permanência e aplicação no direito penal atual, tratando-se de uma definição considerada isenta de solidez e de significado. Por conta disso, a sua manutenção deveria ser repensada e desencorajada (JUNCAL, 2021; COSTA, 2022).

## 5 MÉTODOS

### 5.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal descritivo, de análise documental, em que foram avaliados prontuários jurídicos e clínicos de indivíduos internados em um estabelecimento de custódia e tratamento psiquiátrico de Minas Gerais.

### 5.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A amostra foi constituída de 54 indivíduos do sexo masculino. O atendimento na unidade era direcionado exclusivamente para homens, razão pela qual não foram incluídas pessoas do gênero feminino no estudo. À época da coleta de dados, esse estabelecimento de custódia possuía 80 indivíduos internados e uma capacidade total para 110 internos. Além de pacientes que cumpriam MS no local, a instituição recebia pessoas advindas de outras unidades do sistema prisional (tanto em cumprimento de MS como PPL) para a realização de tratamento psiquiátrico temporário e exames periciais (sanidade mental, cessação de periculosidade e exame criminológico).

Os indivíduos que cumpriam PPL foram previamente considerados imputáveis, mas passaram a apresentar sintomas de transtornos mentais após a prática da infração, durante o cumprimento da pena.

Apesar de sua relevância e particularidades, a discussão sobre as mulheres em cumprimento de medida de segurança não foi incluída neste trabalho, uma vez que trabalhamos com amostra de apenas uma unidade, que recebia somente indivíduos do sexo masculino.

### 5.3 CÁLCULO AMOSTRAL

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado a partir de estimativa por amostragem aleatória simples, considerando-se o interesse em estimativa de proporção populacional em população finita (total de indivíduos internados). Assim, foi encontrado um valor mínimo de 44 indivíduos como população ideal para o estudo.

#### 5.4 COLETA DE DADOS, INSTRUMENTO E VARIÁVEIS

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a abril de 2018<sup>1</sup>. Cada paciente possuía dois prontuários: um clínico, que continha as informações referentes à saúde, e um jurídico, o qual continha os dados referentes ao processo judicial. Os pesquisadores coletaram as informações pelo uso de formulário previamente elaborado contendo variáveis que possibilitassem a caracterização sociodemográfica da amostra, bem como a avaliação relativa ao delito cometido e à assistência em saúde recebida.

#### 5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critério de inclusão, foi considerado necessário a pessoa estar recebendo tratamento no CAMP no período da coleta dos dados e possuir prontuários de saúde e jurídico disponíveis na instituição.

Foram excluídos os prontuários que não possibilitaram o entendimento da grafia ou que não apresentaram a maior parte das informações pertinentes aos objetivos da pesquisa.

#### 5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos a partir das variáveis avaliadas nos prontuários foram compilados e expressos por meio de análise estatística descritiva. A análise descritiva foi realizada por meio das medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas e das frequências relativas e absolutas para as variáveis categóricas.

#### 5.7 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto (CAAE: 69187917.8.0000.5150/Parecer: 2.243.750). Para acesso aos prontuários, os pesquisadores obtiveram autorização da Secretaria do Estado de

---

<sup>1</sup> Alguns questionamentos vieram a partir do projeto de iniciação científica, realizado em 2018, levando-nos a dar continuidade ao percurso da pesquisa no decorrer deste mestrado.

Administração Prisional, responsável pela custódia e segurança desses indivíduos, sendo dispensada a obtenção da assinatura individual do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA E VARIÁVEIS ASSOCIADAS AOS PRONTUÁRIOS JURÍDICOS

A amostra foi constituída por 54 pessoas do sexo masculino, divididos entre 32 (59,3%) que cumpriam MS e 22 (40,7%) em PPL. Uma vez que tanto os indivíduos em MS quanto aqueles em superveniência de doença mental(PPL) estavam submetidos às mesmas condições de tratamento e não apresentavam diferenças significativas entre as suas características, os dados de ambos os grupos foram compilados e apresentados em conjunto.

A mediana da idade foi de 32 anos, com uma distância interquartílica de 15 e valores mínimo e máximo de 20 e 83 anos, respectivamente (FIGURA 2). A normalidade da distribuição foi verificada pelo método de Shapiro-Wilk, com padrão não paramétrico observado ( $p < 0,001$ ). Para um indivíduo, não foi encontrado o ano de nascimento em prontuário.

A maior parte era natural do próprio estado (74,1%) (TABELA 1).

Figura 2 – Distribuição de idade dos pacientes internados em um estabelecimento de custódia e tratamento psiquiátrico de MG, de janeiro a abril de 2018 (n=53)

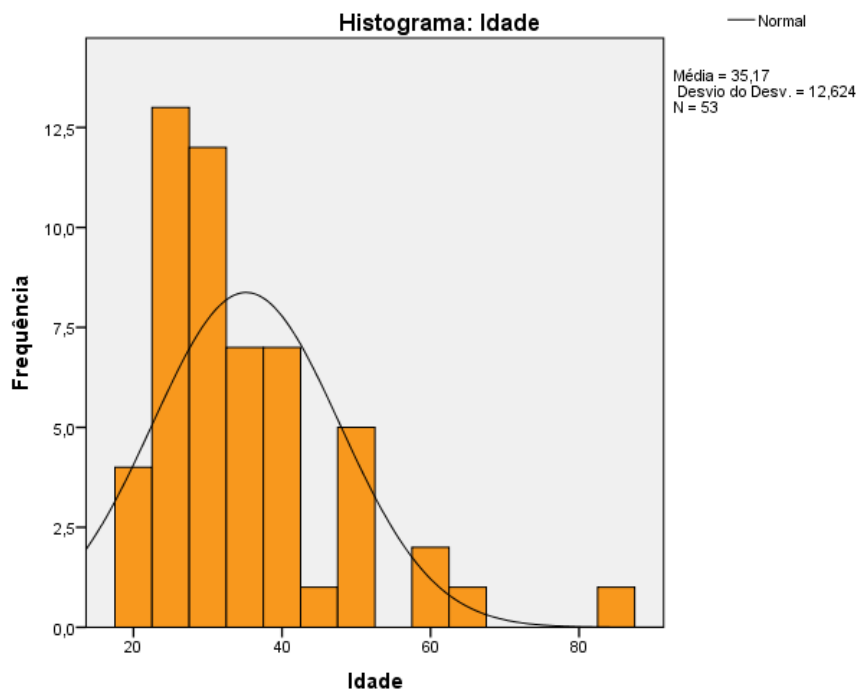


Tabela 1 – Procedência dos pacientes internados em um estabelecimento de custódia e tratamento psiquiátrico de MG, de janeiro a abril de 2018 (n=54)

<b>NATURALIDADE</b>	<b>N (%)</b>	<b>NATURALIDADE</b>	<b>N (%)</b>
<b>MINAS GERAIS</b>	<b>40 (74.1%)</b>	Poços de Caldas/MG	1
Ataleia/MG	1	Pocrane/MG	1
Belo Horizonte/MG	6	Pompéu/MG	1
Campo Belo/MG	1	Rio Casca/MG	1
Conceição do Mato Dentro/MG	1	Sabará/MG	1
Conselheiro Lafaiete/MG	2	São João Del Rei/MG	1
Contagem/MG	2	Sete Lagoas/MG	1
Coroaci/MG	1	Uberlândia/MG	1
Coronel Fabriciano/MG	1	<b>SÃO PAULO</b>	<b>2 (3.7%)</b>
Guanhães/MG	1	Bragança Paulista/SP	1
Ibituruna/MG	1	São Paulo/SP	1
Itabira/MG	2	<b>CEARÁ</b>	<b>1 (1.8%)</b>
Itaguara/MG	1	Fortaleza/CE	1
Itamarandiba/MG	1	<b>DISTRITO FEDERAL</b>	<b>1 (1.8%)</b>
Jaboticatubas/MG	1	Brasília/DF	1
Lagoa Santa/MG	1	<b>ESPÍRITO SANTO</b>	<b>1 (1.8%)</b>
Montalvânia/MG	1	Vitória/ES	1
Monte Alegre/MG	1	<b>RIO GRANDE DO SUL</b>	<b>1 (1.8%)</b>
Montes Claros /MG	1	Bagé/RS	1
Novo Cruzeiro/MG	1	<b>RONDÔNIA</b>	<b>1 (1.8%)</b>
Padre Paraíso/MG	1	Vilhena/RO	1
Papagaios/MG	1	<b>DADOS AUSENTES</b>	<b>7 (13.2%)</b>
Pará de Minas/MG	2		
Pedro Leopoldo/MG	1	<b>TOTAL</b>	<b>54 (100%)</b>

A maioria dos indivíduos possuía a cor da pele parda (38,9%) e preta (33,3%), totalizando 72,2% negros, eram solteiros (85,2%), possuíam de 4 a 7 anos de estudo (46,3%) e estavam ativos no mercado informal no momento do delito (37,0%) (TABELA 2). Observou-se predomínio de dados ausentes (68,5%) no que se refere à religião praticada por esses indivíduos (TABELA 2).

Na Tabela 3, são apresentadas as variáveis associadas aos prontuários jurídicos. Houve alta prevalência de dados não encontrados em relação a algumas dessas variáveis. Apesar da padronização da coleta dos dados e da tentativa exaustiva de procurá-los, algumas informações fundamentais não constavam em todos os prontuários ou, ainda que existissem, não estavam de fácil acesso para os profissionais de saúde, o que pode ter impedido a sua localização.

Dentre os crimes praticados, aqueles de maior incidência (n=26) foram os casos de homicídio ou tentativa de homicídio (48,1%). Entre esses, 19,2% (n=5) foram considerados qualificados e os demais, como casos de homicídio/tentativa

de homicídio simples. Casos de furto ou roubo foram observados em 31,5% dos internos (n=17), tráfico em 9,2% (n=5) e agressão em 7,4% dos casos (n=4). O crime de estupro/tentativa de estupro foi elencado em 13,0% dos prontuários (n=7), dentre os quais, três (42,8%) foram tipificados como estupro de vulnerável. Outros delitos (14,8%) incluíram crime de destruição de propriedade (n=2), receptação, ameaça (n=2), desacato (n=2), crime de falso reconhecimento de firma ou letra (n=2) (TABELA 3).

Em relação à reincidência penitenciária, que ocorre quando há um segundo ingresso na prisão do mesmo indivíduo por nova prática criminal, 48,1% dos indivíduos eram reincidentes. Quanto ao grau de parentesco com as vítimas, a informação não pôde ser encontrada para 50,0% da amostra. Considerando as informações presentes, o maior número de casos (29,6%) era relacionado a familiares (TABELA 3), sendo, dentro desses, 14,8% referentes aos pais.

Tabela 2 – Perfil sociodemográfico dos pacientes internados em um estabelecimento de custódia e tratamento psiquiátrico de MG, de janeiro a abril de 2018 (n=54)

<b>Variáveis</b>	<b>N (%)</b>
<i>Cor da pele</i>	
Branca	9 (16.7)
Preta	18 (33.3)
Parda	21 (38.9)
Amarela	1 (1.9)
Dados ausentes	5 (9.3)
<i>Estado civil</i>	
Casado	4 (7.4)
Solteiro	46 (85.2)
Separado	3 (5.6)
Dados ausentes	1 (1.9)
<i>Escolaridade (anos de estudo)</i>	
Analfabeto	9 (16.7)
1 a 3	8 (14.9)
4 a 7	25 (46.3)
8 a 10	5 (9.3)
11 ou +	3 (5.6)
Dados ausentes	4 (7.4)
<i>Situação laboral</i>	
Inativo	15 (27.8)
Ativo no mercado informal	20 (37.0)
Ativo com vínculo em CTPS*	2 (3.7)
Aposentado/ Pensionista	13 (24.1)
Dados ausentes	4 (7.4)
<i>Religião</i>	
Católico	10 (18.5)
Evangélico	5 (9.3)
Sem religião	2 (3.7)
Dados ausentes	37 (68.5)

\*Carteira de Trabalho e Previdência Social

Tabela 3 – Variáveis associadas aos prontuários jurídicos dos pacientes internados em um estabelecimento de custódia e tratamento psiquiátrico de MG, de janeiro a abril de 2018 (n=54)

<b>Variáveis</b>	<b>N (%)</b>
<i>Tipo de Crime<sup>a</sup></i>	
Homicídio	26 (48.1)
Furto ou roubo	17 (31.5)
Estupro/Tentativa de estupro	7 (13)
Tráfico	5 (9.2)
Agressão	4 (7.4)
Outros	8 (14.8)
Dados não encontrados	2 (3.7)
<i>Reincidência Penitenciária</i>	
Não reincidente	24 (44.4)
Reincidente	26 (48.1)
Dados não encontrados	4 (7.4)
<i>Parentesco com as vítimas</i>	
Familiares	16 (29.6)
Pessoa próxima (não familiar)	4 (7.4)
Pessoa desconhecida	7 (13)
Dados não encontrados	27 (50)
<i>Tempo de internação</i>	
0 a <2 anos	33 (61.1)
2 a <4 anos	13 (24.1)
4 anos ou mais	8 (14.8)
<i>Advogado Particular</i>	
Presente	10 (18.5)
Ausente	33 (61.1)
Dados não encontrados	11 (20.4)
<i>Prazo mínimo<sup>b</sup>(n=32)</i>	
1 ano	7 (21.9)
2 anos	5 (15.6)
3 anos	11 (34.4)
Dados não encontrados	9 (28.1)
<i>Exame de Cessaçãode Periculosidade<sup>b</sup>(n=32)</i>	
Ainda não foi realizado	13 (40.6)
Realizado ao menos 1x	15 (46.9)
Dados não encontrados	4 (12.5)

<sup>a</sup>Alguns indivíduos foram indiciados por mais de um tipo de crime

<sup>b</sup>Variáveis aplicáveis apenas para indivíduos em MS (n=32)

A maioria dos pacientes em tratamento na instituição avaliada era oriunda de outros presídios e ficava temporariamente internada para o tratamento do quadro agudo, retornando à instituição de origem após estabilização. Em alguns casos, poderiam necessitar de mais de uma passagem pelo local. De todos os pacientes, 57,4% (n=31) estavam em sua primeira internação, 18,5% (n=10) possuíam relatos de internações anteriores e, para 24,1% (n=13), a informação não pôde ser recuperada.

O tempo de internação variou de 3 a 116 meses e de 1 a 42 meses, respectivamente, para os regimes MS e PPL. Para aqueles que cumpriam MS, a média do tempo de internação para tratamento, contada desde a admissão no estabelecimento até o momento da coleta dos dados, foi de 21,3 meses (desvio padrão de  $\pm 22,7$  meses). Houve um indivíduo que apresentou tempo de internação discrepante (116 meses). Excluindo esse dado, encontrou-se média de 18,2 meses, com desvio padrão de  $\pm 15$ .

Para aqueles em PPL, o tempo médio de internação foi de 7,7 meses, com desvio padrão de  $\pm 9,1$  meses. Excluindo um indivíduo que apresentou tempo de internação discrepante (42 meses), encontrou-se média de 6,1 meses com desvio padrão de 5,1 meses.

Em relação ao suporte jurídico mediante a contratação de advogado particular, observou-se que a minoria (18,5%) possuía esse recurso, e 61,1% dos indivíduos dependiam exclusivamente da defensoria pública (TABELA 3).

O prazo mínimo é determinado apenas para as pessoas em cumprimento de MS. A informação não foi encontrada para 28,1% da amostra e 34,4% possuíam prazo mínimo de três anos (TABELA 3). O exame de cessação de periculosidade foi realizado pelo menos uma vez para 46,9% ( $n=15$ ) dos indivíduos em MS, nenhum deles com a cessação da periculosidade concedida. Para 40,6% ( $n=13$ ) dos casos, ainda não havia sido realizado e, para 12,5% ( $n=4$ ) da amostra, a informação não foi encontrada (TABELA 3).

## 6.2 CARACTERIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO E DO DIAGNÓSTICO EM PSIQUIATRIA

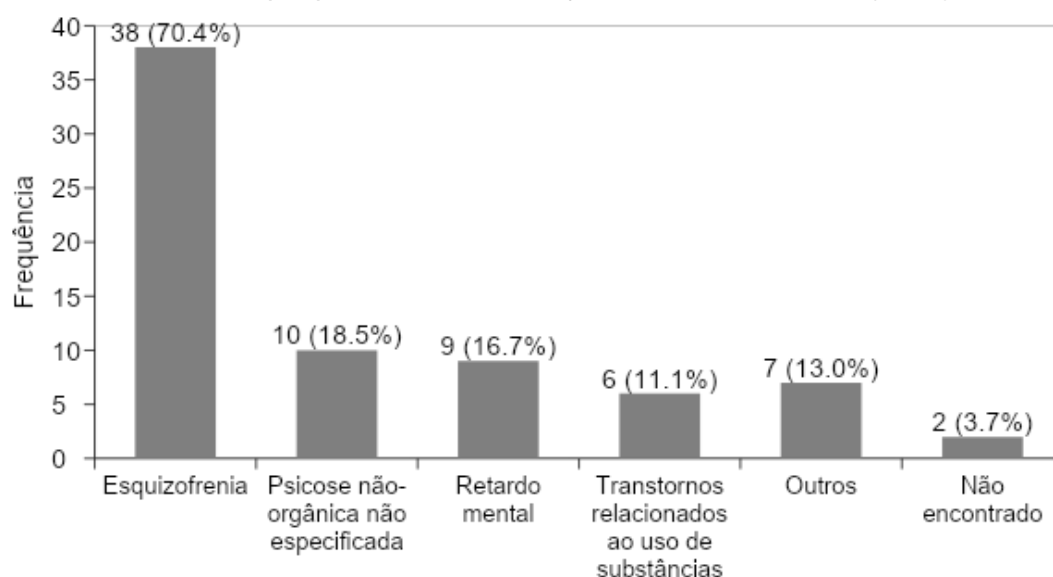
A frequência de avaliação psiquiátrica foi avaliada mediante presença e número de evoluções em prontuário clínico nos últimos dois meses que antecederam a data da coleta dos dados. A frequência de atendimentos nesse intervalo de tempo variou, em sua maioria, entre uma (53,7%) e duas (31,5%) consultas, sendo que 5,5% dos internos ( $n=3$ ) foram avaliados três vezes, 1,9% ( $n=1$ ) foi avaliado quatro vezes e 7,4% ( $n=4$ ) não contaram com nenhuma avaliação psiquiátrica registrada em prontuário durante esse período.

Os diagnósticos registrados em prontuário foram agrupados segundo a CID10 (OMS, 1998) e podem ser encontrados no Gráfico 1. Ressalta-se que alguns pacientes apresentaram mais de um diagnóstico. Houve predominância do diagnóstico de esquizofrenia (70,4%;  $n=38$ ), seguido de psicose não orgânica não

especificada (18,5%; n=10), retardo mental (16,7%; n=9) e transtornos relacionados ao uso de substâncias (11,1%; n=6).

Casos isolados foram agrupados como outros diagnósticos (13,0%; n=7), a exemplo de transtorno da preferência sexual, transtorno ansioso não especificado e transtorno afetivo bipolar. Dois internos (3,7%) não apresentavam em prontuário registro de diagnóstico psiquiátrico.

Figura 3 – Diagnósticos de pacientes internados em um estabelecimento de custódia e tratamento psiquiátrico de MG, de janeiro a abril de 2018 (n=54)



### 6.3 HISTÓRIA PRÉVIA DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

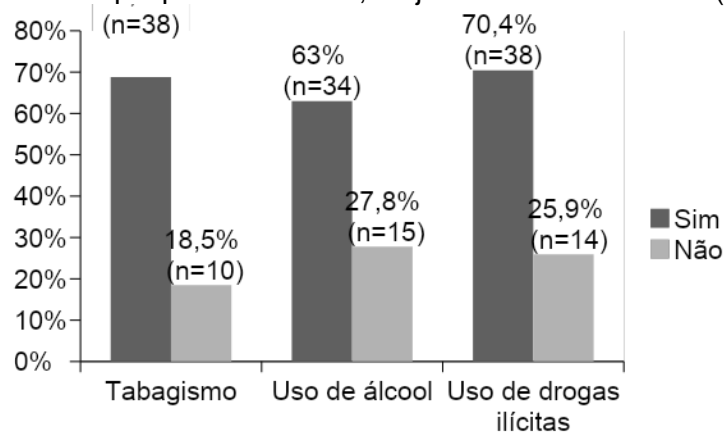
A maioria dos pacientes (75,9%) já havia realizado tratamento psiquiátrico em algum momento da vida (n=41), 13,0% (n=7) nunca tinham passado por atendimento psiquiátrico e, para 11,1% (n=6), o dado não foi encontrado.

Dentre aqueles que realizaram acompanhamento prévio, 28 (68,3%) apresentaram registros sobre a instituição de referência: CAPS (n=21), CAPS AD (n=5), Unidade Básica de Saúde (n=2). Outras formas de assistência incluíram caso isolado em comunidade terapêutica, Centro Mineiro de Toxicomania, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, consultório particular e ambulatório de especialidades. Alguns indivíduos possuíam relato de acompanhamento em mais de um local, sem especificação do tempo de tratamento em cada serviço.

#### 6.4 TABAGISMO, CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS E DE DROGAS ILÍCITAS

O consumo de bebidas alcoólicas foi relatado por 63,0% da amostra (n=34) e o uso de drogas ilícitas por 70,4% (n=38), assim como o tabagismo (70,4%; n=38) (GRÁFICO 2). Não foram encontradas informações sobre tabagismo, consumo de álcool e uso de drogas ilícitas, respectivamente, para 11,1% (n=6), 9,2% (n=5) e 3,7% (n=2) da amostra.

Figura 4 – Uso de substâncias em pacientes internados em um estabelecimento de custódia e tratamento psiquiátrico de MG, de janeiro a abril de 2018 (n=54)



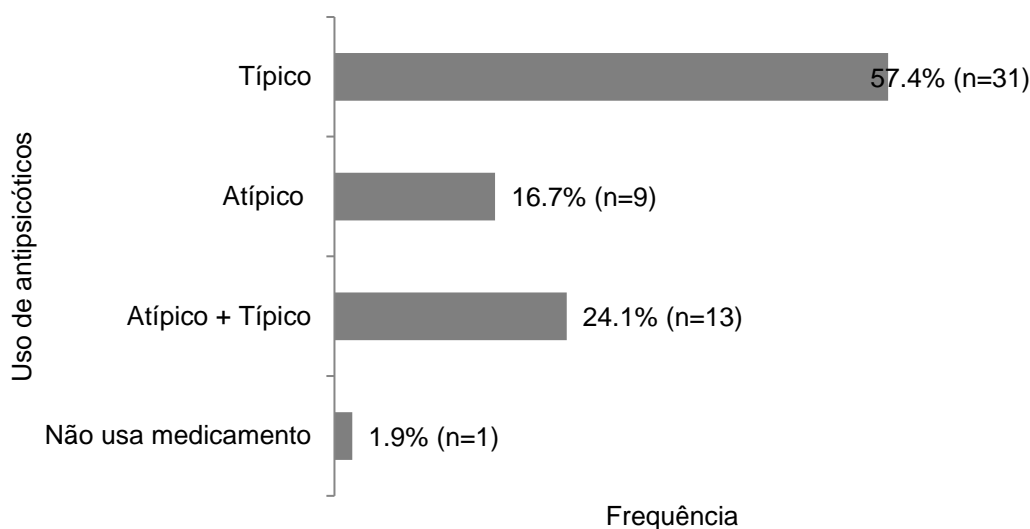
Tais informações foram coletadas dos prontuários de saúde e, em sua maioria, estavam registradas em questionário padronizado preenchido pelo profissional que realizava a anamnese no momento da admissão do paciente. Supõe-se que o dado se referia ao uso em padrão de dependência. No entanto, como os indivíduos não foram entrevistados pelos pesquisadores, não foi possível caracterizar o padrão de uso.

Dados que qualificassem a substância utilizada não foram informados em 40,7% (n=22) dos prontuários. Dentre aqueles em que havia o registro (n=32), 65,6% (n=21) eram usuários de cocaína, 87,5% (n=28) de maconha e 59,4% (n=19) de crack. O uso de uma única substância foi relatado por 25,0% (n=8). O uso combinado de drogas mostrou-se prevalente, sendo observado uso de duas substâncias em 37,5% voluntários (n=12), mesmo valor observado para o grupo de usuários de três substâncias (n=12). O relato de uso de outras drogas foi raro, com um único registro apontando uso de drogas sintéticas e dois relatos de uso de solventes.

## 6.5 MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Medicamentos antipsicóticos estavam presentes em 98,2% das prescrições (n=53). Dos pacientes que faziam uso desses medicamentos, 57,4% (n=31) usavam antipsicótico típico, 16,7% (n=9) faziam uso de antipsicótico atípico, 24,1% (n=13) faziam uso em associação de antipsicótico típico e atípico e 1,8% (n=1) não faziam uso de antipsicótico.

Figura 5 – Prescrição de antipsicóticos em prontuários de pacientes internados (n=54) em um estabelecimento de custódia e tratamento psiquiátrico de MG, entre janeiro e abril de 2018



O uso de haloperidol intramuscular em sua forma de depósito era realizado por 33,3% (n=18), com doses mensais variando entre 1 e 6 ampolas (apresentação de 50mg/ml).

Dentre os 40,8% (n=22) que faziam uso de antipsicóticos atípicos, 63,6% (n=14) correspondiam a olanzapina e 36,4% (n=8), a risperidona. Um único paciente fazia uso de clozapina na dose de 50mg/dia associada a antipsicóticos típico e atípico. Nenhum dos pacientes fazia uso de clozapina em dose antipsicótica. Após a conversão da dose individual de antipsicótico diária em equivalentes de clorpromazina, encontrou-se mediana de 425mg/dia (dose mínima de 50mg/dia e máxima de 1850mg/dia).

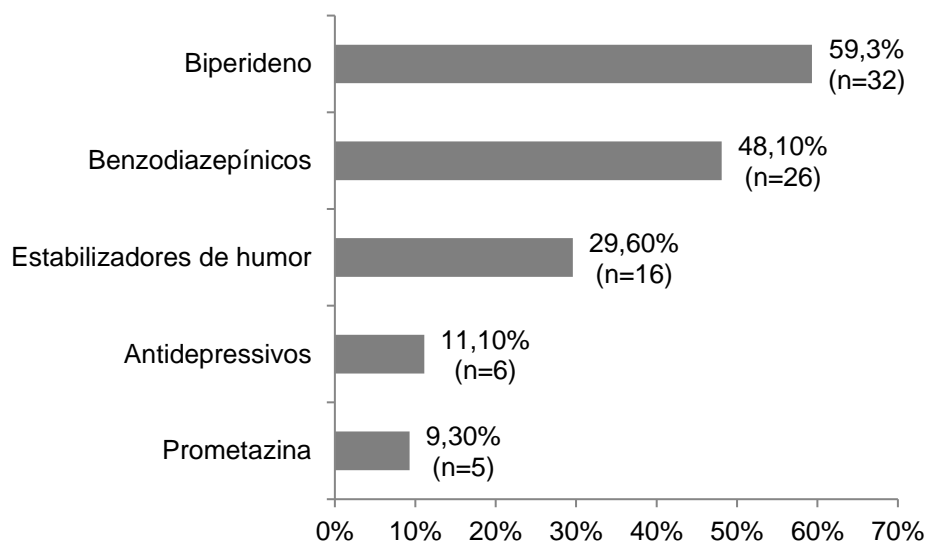
O biperideno (anticolinérgico) constava na prescrição de 59,3% (n=32), nas doses variando entre 2 e 4mg/dia. A prometazina (anti-histamínico H1) foi prescrita para 9,3% (n=5), nas doses entre 25 e 50mg/dia.

Quanto aos benzodiazepínicos, 48,1% (n=26) dos pacientes faziam uso, dos quais 50,0% (n=13) usavam clonazepam (doses diárias entre 1 a 4mg), 46,2% (n=12) usavam diazepam (doses diárias entre 10 a 40mg) e 3,8% (n=1) fazia uso de clobazam 20mg/dia.

Dezesseis indivíduos (29,6%) possuíam estabilizadores de humor/anticonvulsivantes em sua prescrição, sendo eles: 31,3% lítio (n=5), 31,3% ácido valpróico (n=5), 31,3% carbamazepina (n=5) e 6,1% carbonato de lítio associado a carbamazepina (n=1). Sobre os anticonvulsivantes, apenas um paciente fazia uso de fenobarbital na dose diária de 100mg e um paciente fazia uso de fenitoína na dose de 300mg/dia.

Em relação aos antidepressivos, 11,1% (n=6) recebiam alguma medicação da classe, dentre os quais 83,3% (n=5) possuíam prescrição de antidepressivos tricíclicos e 16,7% (n=1) de inibidor seletivo de recaptação da serotonina (fluoxetina). Havia um paciente que não fazia uso de nenhuma medicação e um paciente com registro de realização prévia de 12 sessões de eletroconvulsoterapia.

Figura 6 – Prescrição de outras classes psicofarmacológicas em prontuários de pacientes internados (n=54) em um estabelecimento de custódia e tratamento psiquiátrico de MG, entre janeiro a abril de 2018



## 6.6 SUPORTE FAMILIAR

O suporte familiar foi considerado presente quando foi encontrado, em prontuário, o relato de visitas frequentes de familiares, recebimento de ligações telefônicas ou de material de uso pessoal e alimentos. Foi considerado ausente para os pacientes com relato de não recebimento de visitas, ligações ou pertences. Foi encontrado que 55,6% (n=30) possuíam alguma forma de apoio ou presença familiar, enquanto 35,2% (n=19) não possuíam proximidade com a família. O dado não foi encontrado para 9,3% dos pacientes (n=5).

## 7 DISCUSSÃO

Em 2011, um estudo censitário realizado no país com o objetivo de levantar o perfil das pessoas que viviam nos HCTPs encontrou 3.989 pessoas distribuídas entre 26 estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico (DINIZ, 2013). Considerando que foram avaliados apenas tais estabelecimentos, infere-se que o número total de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no Brasil seja ainda maior, já que existem inúmeros registros de indivíduos que foram absolvidos em razão de sua inimizabilidade e cumprem a sua MS em presídios comuns devido à falta de aparelhamento do Estado, sem nenhum cuidado em saúde ou tratamento diferenciado (LIMA; RODRIGUES, 2020).

Os dados sociodemográficos encontrados em nosso estudo (TABELA 2) coincidem com os dados apresentados no censo supracitado (DINIZ, 2013). Outros estudos realizados com populações menores em outros HCTPs no Brasil também evidenciaram realidade similar (DUMMAR FILHO, 2005; CORDEIRO *et al.*, 2015; MALVEIRA *et al.*, 2016).

Dessa forma, podemos dizer que esses indivíduos são, em sua maioria, homens, adultos jovens, solteiros, negros, com baixa escolaridade e sem qualificação profissional (MARQUES, 2018). Nas palavras de Diniz (2013, p. 17):

estamos diante de um grupo de indivíduos cuja precariedade da vida é acentuada pela loucura e pela pobreza, mas também diante de vidas precarizadas pela desatenção das políticas públicas às necessidades individuais e aos direitos fundamentais.

Andrade e Ferreira (2015) afirmam que os sujeitos que estão encarcerados em massa nos presídios são frutos da exclusão social. Segundo os autores, a prisão foi pensada e construída pela elite para pobres, e não para ricos, sendo que o sistema prisional vive permanentemente em crise: quanto mais desigual é uma sociedade, maior o número de excluídos e de pessoas encarceradas. Todavia, só estão presas as pessoas oriundas das classes marginalizadas, que tiveram seus direitos cerceados pelo Estado mesmo quando estavam fora do sistema prisional (ANDRADE; FERREIRA, 2015).

Segundo Albuquerque e Silva (2014), a vida do homem é determinada socialmente em todas as suas dimensões, incluindo a da saúde. A determinação social da saúde nos leva a compreender que, nas sociedades em que vivemos, as

relações que se estabelecem entre as classes irão determinar diferentes possibilidades ou restrições ao desenvolvimento da vida e, portanto, diferentes formas de viver, adoecer e morrer. A apropriação dos determinantes da saúde, ou seja, alimentos, moradia, educação, meio ambiente, transporte, serviços de saúde, hábitos ou estilos de vida, entre outros, está sobredeterminada pela formação social que os produz. Por conseguinte, a forma como se organiza a produção na sociedade determina diferentes limites e possibilidades de realização da vida para os diferentes grupos sociais (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014).

Fica evidente que o sistema penal brasileiro tem se pautado na punição e não tem conseguido atingir a sua meta de recuperar e reintegrar as pessoas à sociedade, alcançando índices de reincidência que estão entre os maiores do mundo (ANDRADE; FERREIRA, 2015). A condição social desfavorável também representa um fator agravante dos transtornos mentais, com todas as consequências que transformam as vidas das pessoas em situações complexas de difícil resolução psicossocial (DUMMAR-FILHO, 2005).

No Brasil, pesquisas têm mostrado que transtornos mentais são duas vezes mais frequentes entre os grupos de baixa renda em comparação com os de alta renda (WHO, 2010). Essa interação complexa entre saúde mental, autonomia e desigualdade social suscita debates quanto ao papel primordial do Estado no desenvolvimento do bem-estar mental (SIEGEL, 2008).

Para Melnychuk *et al.* (2009), a vulnerabilidade social ainda pode estar associada à maior reincidência no crime e retorno ao sistema prisional, considerando que os pacientes que foram liberados para locais acometidos por altas taxas de desemprego, baixa escolaridade e miserabilidade possivelmente retornaram aos cuidados de internação com uma maior frequência. Outros fatores que podem contribuir para a recidiva no crime são a ausência de suporte adequado em saúde mental, a rejeição familiar e o abuso de álcool e drogas (MOSCATELLO, 2001).

Em nosso estudo, 48,1% da amostra era reincidente (TABELA 3). Estudos realizados em São Paulo e na Bahia evidenciaram respectivamente 59,0% e 34,2% de reincidência (MOSCATELLO, 2001; SANTOS *et al.*, 2015). Essas altas taxas sugerem que o principal objetivo da aplicação da MS não estaria sendo alcançado. Ademais, como observado em nosso estudo, a maior parte dos indivíduos depende da defensoria pública (TABELA 3), já que não possui condições financeiras para

custear os serviços de um advogado particular, o que pode gerar maior sobrecarga no sistema e maior demora para acesso à assistência jurídica.

Além disto, observa-se que a lógica sob a qual se estrutura a MS propicia a manutenção dessas pessoas nos HCTPs: ao mesmo tempo em que a extinção da MS está condicionada à cessação da periculosidade, não se oferece tratamento adequado a essas pessoas, fazendo com que as perícias médicas sejam repetidamente desfavoráveis e a liberação do paciente continuamente adiada, tendo como resultado o tempo de internação prolongado (PRADO; SCHINDLER, 2017). De acordo com Diniz (2013), existe uma “estrutura inercial” do modelo psiquiátrico-penal no Brasil. A autora encontrou que 41% dos exames de cessação de periculosidade estavam em atraso, o tempo médio de permanência à espera de um laudo psiquiátrico era de dez meses e o de espera para o exame de cessação de periculosidade era de 32 meses.

Assim como neste estudo, outros trabalhos que avaliaram o tempo de internação em HCTPs encontraram tempos variáveis, que foram desde menos de um ano até períodos que superaram o tempo máximo de PPL permitido no Brasil. Em todos eles, nenhum dos internos sabia por quanto tempo ainda permaneceriam sob custódia (GAUER *et al.*, 2007; MALVEIRA *et al.*, 2016).

O conceito de periculosidade se baseia em formulações conceituais extremamente precárias e frágeis (CAETANO, 2019). Conforme apresentado anteriormente, é atualmente usado como um artifício para o controle de populações expostas à vulnerabilidade e fortalece a visão da doença como totalizadora e reducionista do indivíduo. A natureza perigosa desses sujeitos é continuamente ressaltada e passa a justificar a manutenção do seu distanciamento do convívio social e a submissão à contenção física, química e a outras técnicas disciplinares. Dessa forma, ao fundamentarem-se no conceito da periculosidade, os HCTPs impõem o aprisionamento do indivíduo e a naturalização de práticas terapêuticas em atos de violência, disciplina e segurança (CAETANO, 2019).

No estado do Rio de Janeiro, foi implementado um modelo pericial substitutivo ao exame de verificação da cessação de periculosidade intitulado “Exame Multiprofissional e Pericial de Avaliação Psicossocial”, composto por duas partes: o Exame Pericial de Avaliação Psicossocial realizado pelo perito habilitado e o Exame Multiprofissional de Avaliação Psicossocial, realizado pela equipe assistente. A mudança representou um avanço em direção ao desencarceramento no estado, já

que a perícia não mais indica se o sujeito oferece ou não perigo para viver em sociedade, mas, sim, se tem ou não condição clínica de ser desinternado e seguir com o tratamento em meio aberto (MAGNO; BOITEUX, 2018).

Em nosso estudo, o exame de cessação de periculosidade, previsto em lei para ser realizado anualmente, nunca havia sido realizado para 40,6% da amostra (TABELA 3). Isso pode ter ocorrido tanto pela não conclusão do prazo mínimo fixado na sentença, como pela superlotação e morosidade do sistema em cumprir todos os prazos determinados.

De acordo com Sadek (2014), o Brasil é o único país democrático do mundo em que um processo pode percorrer um trajeto tão longo: um processo comum pode ser apreciado em até quatro graus de jurisdição para que se obtenha a decisão final. Em 2020, a taxa de congestionamento do poder Judiciário no Brasil foi de 73% (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ, 2021). Essa taxa mede o percentual de processos que ficaram represados sem solução comparativamente ao total tramitado no período de um ano, e altos índices representam maior dificuldade do tribunal em lidar com seu estoque de processos (CNJ, 2021).

Essa situação resulta em um custo social elevado para o cidadão, principalmente aqueles que não dispõem de recursos para contratar bons advogados, o que corresponde à maioria da população carcerária do Brasil, e o que também foi encontrado neste estudo. Assim, torna-se imprescindível a valorização da Defensoria Pública, instituição que garantirá o direito primordial de acesso à justiça, garantido pela Constituição Federal de 1988 (SADEK, 2014).

Quanto ao tipo de crime praticado, os dados observados em nosso trabalho foram ao encontro dos dados de Dummar-Filho (2005) e Santos *et al.* (2015), que também notaram predomínio de homicídio/tentativa de homicídio. Em relação ao perfil da vítima, Garbayo e Argôlo (2008) também encontraram predomínio dos crimes direcionados a familiares.

Crimes cometidos contra familiares refletem muitas vezes na perda do vínculo familiar, o que se torna um fator desafiador no que tange às estratégias de desinternação progressiva e reintegração social. Nesses casos, o processo de reinserção sociofamiliar é mais complexo (DUMMAR-FILHO, 2005). Para a nossa amostra, considerou-se positivo que 55,6% dos indivíduos possuíam alguma forma de apoio familiar. Contudo, ainda é preocupante o fato de 35,2% deles não contarem

com nenhum tipo de suporte, já que a manutenção do vínculo familiar facilitaria o processo de reinserção social e a adesão aos tratamentos propostos.

A transição da prisão para a comunidade é um momento difícil para todas as pessoas que foram encarceradas, particularmente para aquelas que vivem com doenças mentais graves e persistentes (Hancock *et al.*, 2018). Tal transição é um processo gradativo e deve ser programada individualmente, a partir da atuação de uma equipe multiprofissional e da elaboração do PTS. A participação do paciente e de seus familiares deve ser estimulada sempre que possível, como forma de estabelecer condutas terapêuticas articuladas para além do uso exclusivo de medicalização ou de contenção física (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

O fortalecimento da RAPS, mediante maior qualificação, melhora do financiamento e extensão da cobertura dos serviços substitutivos também se faz necessário. O tratamento em saúde mental direcionado a esses indivíduos deveria iniciar antes mesmo da prática do delito, como uma das formas de prevenir a sua ocorrência e a necessidade de inserção do indivíduo no sistema prisional. Resende (2010) aponta que, antes da prática do delito em si, existe um longo percurso de sofrimento mental, sendo o crime muitas vezes uma consequência dessa história. Diniz (2013) fortalece o argumento ao supor que alguns fatores podem desencadear o ato infracional, como a ausência de tratamento de saúde, a carência de políticas sociais eficazes para essa população e o abandono de redes sociais de cuidado e proteção.

Nesse contexto, é importante ressaltar a atuação das EAPs, sendo de suma importância que o seu trabalho alcance toda a extensão territorial brasileira, pois ainda é baixa a adesão dos estados a essa política pública (BRASIL, 2014). Dentre os retrocessos nas políticas de saúde mental vivenciados nos últimos anos pelos brasileiros, as EAPs chegaram a ser temporariamente extintas pela Portaria nº 1.325, de 18 de maio de 2020. Após mobilização da sociedade civil e de instituições do sistema de Justiça, a portaria foi revogada e as EAPs foram restabelecidas. Contudo, houve cortes de orçamento e redução considerável de recursos humanos no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional (ROMANINI *et al.*, 2022).

Em nosso estudo, a maior parte dos indivíduos avaliados possuía passagem em serviços de saúde mental previamente à prática do crime. O trabalho direcionado ao acompanhamento individualizado contínuo dos indivíduos com sofrimento mental

grave e em situação de vulnerabilidade social, que inclua a busca ativa dos casos, assistência intensiva nos momentos de crise, inserção em centros de convivência, promoção de saúde, da autonomia e da melhora do vínculo social e territorial, pode contribuir para a prevenção da ocorrência de crimes (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Além dos elementos já expostos, a avaliação psiquiátrica e o diagnóstico adequado também são considerados essenciais na determinação do tratamento. Para os pacientes deste estudo, houve prevalência do diagnóstico de esquizofrenia (70,4%). Outros trabalhos também encontraram maior prevalência de transtornos psicóticos (TEIXEIRA; DALGALARRONDO, 2006; SANTOS *et al.*, 2015). Para dois pacientes, não foi possível encontrar o diagnóstico registrado em prontuário, o que compromete a adequação e a individualização do tratamento.

Alguns estudos encontraram risco aumentado para comportamentos agressivos em indivíduos com esquizofrenia em comparação com a população em geral. Fazelet *al.* (2009), por meio de uma metanálise, relataram que aproximadamente 9,9% dos indivíduos com esquizofrenia, em comparação com 1,6% da população em geral, exibiram comportamentos violentos. No entanto, destaca-se que essa população mais sofre violência do que perpetra, e possui risco aumentado de ser vítima de diversos tipos de violência quando comparado à população em geral (OLIVEIRA *et al.*, 2012; TREVILLION *et al.*, 2012). Segundo Diniz (2013), a concentração de pessoas com esquizofrenia nos HCTPs pode representar mais uma seletividade do sistema do que uma evidência da periculosidade desse subgrupo.

Fazelet *al.* (2009) também sugeriram que o risco de violência nesses indivíduos parece ser, em grande parte, mediado pelo uso de álcool e drogas ilícitas. Sabendo que o uso de substâncias psicoativas potencializa o comportamento violento, torna-se fundamental o rastreio adequado e a identificação do padrão de uso nesses indivíduos, o que não foi encontrado nos prontuários avaliados neste estudo. O uso de instrumentos como o CAGE (EWING, 1984) e o AUDIT (BABOR *et al.*, 2001), por exemplo, poderia auxiliar nessa determinação e direcionar estratégias de intervenção, tanto farmacológicas como não farmacológicas.

Não existem protocolos e fluxos bem estabelecidos para o tratamento em saúde mental forense e, geralmente, é necessário adaptar as diretrizes voltadas ao tratamento da população em geral para as necessidades complexas desse grupo de pacientes, com atenção especial à detenção de longo prazo e às questões éticas

envolvidas (VÖLLM *et al.*, 2018). Uma revisão sistemática recente destaca a escassez de conhecimento sobre a eficácia do tratamento nesse grupo complexo e heterogêneo de pacientes e aponta para a necessidade de novos estudos (HOWNER *et al.*, 2020).

Como parte do tratamento, na última década, foi evidenciada a importância do fator espiritualidade na saúde psíquica e dos resultados positivos de sua integração à prática clínica, seja no âmbito da prevenção e promoção de saúde, seja no enfrentamento das adversidades por parte dos pacientes e seus familiares e/ou na reabilitação e reinserção social (LEITE; SEMINOTTI, 2013; MONTEIRO *et al.*, 2020). Embora a espiritualidade seja um conceito amplo e que não esteja necessariamente relacionado à adesão a uma religião, sabe-se que a religiosidade também pode oferecer relevantes recursos para o enfrentamento de situações estressantes (GOMES; FARINA; FORNO, 2014). Entretanto, apesar de sua relevância, a informação sobre religião não foi encontrada em 68,5% dos prontuários analisados e raramente foi considerada em estudos de outros autores com populações semelhantes.

Existem várias diferenças sistemáticas entre os pacientes psiquiátricos forenses e os pacientes psiquiátricos gerais. Os primeiros, além de pacientes, são também infratores, e muitos têm histórico de comportamento agressivo e violência mais grave (HOWNER *et al.*, 2020). Nos HCTPs, todos são internados involuntariamente e sob tratamento obrigatório, o que pode afetar o processo de tomada de decisão compartilhada e a adesão ao tratamento em longo prazo (HOWNER *et al.*, 2020). O tempo de internação também costuma ser maior em comparação com a assistência psiquiátrica geral (HOWNER *et al.*, 2020). Por último, a proporção de comorbidade como transtornos de personalidade, abuso de substâncias e transtornos neuropsicológicos são mais comuns nos pacientes forenses (HOWNER *et al.*, 2020).

Tendo em vista essas diferenças, é plausível que existam particularidades no tratamento ofertado a esses indivíduos (HOWNER *et al.*, 2020). Seria desejável um tratamento farmacológico com efeito potencial na redução do comportamento violento e intervenções que possibilitassem o encurtamento do tempo de internação hospitalar, bem como a retomada dos laços sociais (HOWNER *et al.*, 2020). Uma vez que o custo do tratamento farmacológico é quase desprezível em comparação a todos os outros custos da assistência psiquiátrica forense, a determinação do

tratamento adequado também seria impactante do ponto de vista econômico (HOWNER *et al.*, 2020).

Howner *et al.* (2020) afirmam que o tratamento psicofarmacológico é de grande importância na psiquiatria forense e a sua adequação essencial para o melhor prognóstico desses pacientes. Em contrapartida, Franco (2018) critica a medicalização nos HCTPs e reforça que ao medicamento é atribuída uma enorme eficácia em normalizar o comportamento do usuário e que a maior ênfase no tratamento medicamentoso em relação à terapia psicossocial transforma a MS em uma verdadeira experimentação farmacológica.

Por conseguinte, o tratamento farmacológico não deve ser direcionado ao uso da medicação visando apenas à contenção química, mas deve ser feito com uma prescrição responsável baseada em evidências, realizada com indicação precisa e particularizada, bem como reavaliações periódicas e alterações sempre que necessário, já que sabemos que, em grande parte dos casos, o uso da medicação é fundamental para a estabilização do quadro (HOWNER *et al.*, 2020). Em nossa amostra, a maioria dos pacientes (53,7%) teve apenas um atendimento psiquiátrico nos últimos dois meses que antecederam a coleta dos dados, o que pode ser prejudicial, considerando o quadro agudo de sofrimento mental.

Dentre os antipsicóticos, a clozapina tem indicação formal na redução de comportamentos violentos e risco de suicídio. Para pacientes com esquizofrenia refratários ao tratamento com outros antipsicóticos de primeira ou segunda geração, a clozapina é o antipsicótico mais eficaz. Contudo, Love *et al.* (2016) demonstram que a sua prescrição é subutilizada tanto na psiquiatria geral como nos ambientes forenses e apontam que todo sistema de saúde correcional deveria propiciar acesso imediato ao uso da clozapina, com a garantia dos monitoramentos inerentes à sua prescrição.

Howner *et al.* (2020) ressaltaram que o uso frequente de antipsicóticos, às vezes em combinação com outras classes de medicamentos, exige estudos de alta qualidade realizados nesses ambientes. Nessa pesquisa, 98,2% faziam uso de algum tipo de antipsicótico, sendo a maioria associado a medicações de outras classes.

Dos pacientes avaliados em nosso estudo, nenhum deles fazia uso da clozapina em doses antipsicóticas. Apesar da falta de evidências para apoiar a polifarmácia antipsicótica para esquizofrenia resistente ao tratamento, é mais

frequente encontrar associação de vários antipsicóticos do que a monoterapia com clozapina. Embora a sua prescrição possa envolver efeitos colaterais específicos, outros antipsicóticos não são desprovidos de tais riscos, e a prática frequentemente empregada de polifarmácia, com seus riscos potencialmente mais sérios, não é clinicamente mais segura do que a monoterapia com clozapina (LOVE *et al.*, 2016).

Também se deve enfatizar a importância da garantia do rastreio, diagnóstico e tratamento de outras comorbidades não psiquiátricas, tanto pelo risco que oferecem à saúde do paciente em si, quanto pela possibilidade de agravamento do transtorno mental, como as doenças de maior prevalência nessas populações: infecções sexualmente transmissíveis, tuberculose e doenças respiratórias, outras doenças infecciosas, dermatoses e doenças crônicas não transmissíveis (DAMAS, 2012).

Dessa maneira, evidenciamos a necessidade de que se estabeleçam protocolos baseados em evidências para que, enquanto esse sistema for mantido, essas pessoas tenham acesso a tratamentos mais eficazes que contribuam para a melhora clínica, redução do tempo de internação e reinserção social.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental é um campo de atuação complexo, plural e intersetorial, sendo que a sua complexidade se acentua quando falamos das pessoas em conflito com a lei (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Em relação aos objetivos propostos neste trabalho, observamos que as informações sociodemográficas descritas foram semelhantes às características da população prisional em geral, e apontaram para uma amostra de indivíduos que vive em situação de vulnerabilidade social. Quanto às características criminais, homicídio foi o crime mais comum e houve alta taxa de reincidência penitenciária. Considerando as características clínicas, a maior parte desses indivíduos já havia realizado tratamento psiquiátrico prévio, a esquizofrenia foi o transtorno mental mais prevalente e quase todos os indivíduos faziam uso de antipsicóticos.

O tratamento ao qual essas pessoas estão submetidas vai de encontro ao preconizado pela Lei nº 10.216/2001. Enfatizamos as inconsistências e justificativas frágeis para a manutenção dos HCTPs e o papel fundamental do movimento antimanicomial na luta pelo fechamento dessas instituições (CAETANO, 2019). Também foi observado que o suporte familiar ainda é insuficiente e que o exame de cessação de periculosidade não é realizado com frequência anual para todos os indivíduos.

Para a Organização Mundial da Saúde, o investimento em saúde mental é um investimento em uma vida e um futuro melhores para todos (WHO, 2022). A OMS publicou recentemente um relatório que incentiva os países a acelerarem a implementação do Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2030. O relatório também busca agrupar suas recomendações em “caminhos para a transformação”, que objetivam fortalecer os sistemas de atenção pela mudança de atitudes em relação à saúde mental e da abordagem dos riscos (WHO, 2022).

A primeira recomendação proposta é aprofundar o valor e o compromisso com a saúde mental, a partir do aumento dos investimentos em recursos financeiros, humanos e políticas e práticas baseadas em evidências, além do estabelecimento de sistemas robustos de informação e monitoramento. Ademais, incentivam a inclusão de pessoas com transtornos mentais em todos os aspectos da sociedade e a tomada de decisões que superem o estigma e a discriminação, reduza as disparidades e promova a justiça social (WHO, 2022).

A segunda recomendação é reorganizar os entornos que influenciam a saúde mental, incluindo lares, comunidades, escolas, locais de trabalho, serviços de saúde, etc. Como estratégias, sugerem o fomento da colaboração intersetorial (WHO, 2022).

A terceira e última recomendação é reforçar a atenção à saúde mental alterando os lugares, modalidades e pessoas que oferecem e recebem os serviços. Como exemplo, citam o estabelecimento de redes comunitárias de serviços interconectados que se afastem dos cuidados de custódia em hospitais psiquiátricos e cubram um amplo espectro de atenção e apoio pela combinação de serviços de saúde mental integrados à atenção primária à saúde, serviços comunitários de saúde mental e serviços para além do setor da saúde. Também propõe a diversificação e ampliação das opções de atenção aos transtornos mentais mais comuns e o uso de tecnologias digitais para apoiar a autoajuda e para fornecer atendimento remoto (WHO, 2022).

A partir dessas recomendações, podemos observar que vivenciamos uma época com novas possibilidades de tratamento em saúde mental, não mais marcada pela exclusão social, supermedicalização e confinamento. Experiências exitosas apontam que os desfechos são favoráveis quando há a inclusão do sujeito como participante ativo de seu tratamento e a oferta do cuidado de maneira integral, preceitos do conceito de “recovery”, que se baseia em evidências de que pessoas com doenças mentais graves podem viver de forma autônoma, contribuindo satisfatoriamente na comunidade, mesmo na presença de sintomas persistentes (DRAKE; WHITLEY, 2014).

A definição de “recovery” enfatiza a recuperação como um processo individual que vai muito além da remissão dos sintomas. Em vez disso, envolve o desenvolvimento em domínios da vida considerados subjetivamente importantes para a pessoa, comumente relacionados ao progresso em atividades normativas, como educação, emprego, moradia e relações sociais. A autonomia e a escolha no cuidado em saúde mental são consideradas centrais para o conceito de “recovery”, tendo em vista que pessoas com doença mental grave têm melhores resultados em locais onde permanecem integradas a famílias, locais de trabalho e comunidades (DRAKE; WHITLEY, 2014).

Um número substancial de pessoas com transtorno mental grave tem uma redução dos sintomas e deficiências secundárias associadas ao longo do tempo, e

pesquisas em serviços de saúde mostraram fortes evidências de que intervenções psicossociais (por exemplo, emprego apoiado e moradia solidária) que promovem a recuperação ajudam as pessoas a alcançarem autonomia e progresso na vida (DRAKE; WHITLEY, 2014).

A adesão ao “recovery” inclui a adoção de uma atitude positiva, otimista e esperançosa ao trabalhar com pessoas com doença mental grave, obtendo informações sobre objetivos de vida subjetivos com trabalhos direcionados ao alcance dessas metas e decretando a tomada de decisão compartilhada no encontro clínico, principalmente no manejo de medicamentos, para que os pacientes tenham escolha e autonomia quanto às opções de intervenção (DRAKE; WHITLEY, 2014).

Diante do que foi evidenciado e discutido ao longo do trabalho, conclui-se que o tratamento em saúde ofertado a essa população é inapropriado, tendo como prováveis consequências a piora dos prognósticos, o prolongamento do tempo de internação, o aumento da reincidência penitenciária, a quebra dos laços familiares/sociais e o enfraquecimento dos vínculos com a RAPS. Inúmeros direitos são violados e há divergência entre os saberes da saúde e o que é preconizado pela legislação brasileira, considerada obsoleta e dissonante das recomendações atuais em saúde mental.

Considerando a realidade dos HCTPs à luz da Lei nº 10.216/2001, torna-se fundamental o desenvolvimento de estudos que possam orientar a reavaliação das políticas existentes e a criação de novas políticas públicas informadas por evidências, bem como o fortalecimento da rede de atenção extra-hospitalar na assistência ao infrator com sofrimento mental, culminando, conseqüentemente, na extinção dos HCTPs.

#### Limitações do estudo

Como limitações deste trabalho, consideramos o fato de termos trabalhado com dados oriundos de apenas uma instituição e de não termos acessado diretamente esses indivíduos, o que evidencia a rigorosidade e a burocratização do sistema prisional. Além disso, não foi possível incluir o público feminino, bem como a discussão de todas as particularidades envolvidas no encarceramento de mulheres e nos cuidados específicos voltados à sua saúde mental.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, G. S. C.; SILVA, M. J. S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde Debate**, v. 38, n. 103, p. 953-965, 2014.
- ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 11, p. 1-6, 2019.
- AMARANTE, P. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, 2009.
- ANDERSON, J. L., KELLEY, S. E. Antisocial personality disorder and psychopathy: The AMPD in review. **Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment**, 13(4), 397–401, 2022.
- ANDRADE, U. S.; FERREIRA, F. F. Crise no sistema penitenciário brasileiro: capitalismo, desigualdade social e prisão. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 4; n. 1; p. 116-129, 2015.
- ANDRADE, W. M. F. **Crimes, penas e castigos**: uma abordagem cruzada entre a literatura e os direitos humanos. 2016. 108p. Monografia (Graduação em Pedagogia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Caicó, 2016.
- APA – American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. 5. ed. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.*; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioliet *al.* Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARAGAKI, S. Projeto Terapêutico Singular no Centro Psiquiátrico Judiciário. **Rede Humaniza SUS**, 2021. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/projeto-terapeutico-singular-no-centro-psiquiatrico-judiciario/>. Acesso em: 05 ago. 2022.
- BABOR, T. F. *et al.* **AUDIT**: The alcohol use disorders identification test – Guidelines for use in primary care. 2. ed. World Health Organization: Geneva, 2001.
- BACELAR, T. J. A. **Febrônio Índio do Brasil e a construção do medo com o uso da Medida de Segurança**. 2021. 125p. Monografia (Graduação em Direito) – Universidade Uninassau, Recife, 2021.
- BARROS, D. M. **Introdução à psiquiatria forense**. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- BARROS-BRISSET, F. O. Loucura, direito e sociedade: um laço de presunções ideologicamente justificadas. **RDisan**, v. 12, n. 3, p. 119-124, 2012.
- BITENCOURT, C. R. **Tratado de direito penal**: parte geral, 1. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.
- BITENCOURT, C. R. **Código penal comentado**. 10. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.
- BRASIL. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 alterado pela Lei nº 7.209 de 1984. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

\_\_\_\_\_. Lei nº 7209, de 11 de julho de 1984. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 13 jul. 1984.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Ministério Público Federal. **Reforma psiquiátrica e manicômio judiciário: relatório final para reorientação dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico**. Brasília: Ministério Público Federal, 2002.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1 ago. 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental em Dados**, a. II, n. 4, ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 dez. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério Público Federal. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei n. 10.216/2001**. Brasília: Ministério Público Federal, 2011a.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.847, de 2 de agosto de 2013. Institui o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; cria o Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. **Cadernos de Atenção Básica**, nº 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 14 de janeiro de 2014. Dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas

terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Direito é qualidade**: kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social. Brasília, 2015.

\_\_\_\_\_. Lei Federal nº 13.964, de 24 de dezembro de 2019. Aperfeiçoa a legislação penal e processual penal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, dez. 2019.

CAETANO, H. **Loucos por liberdade**: direito penal e loucura. Goiânia: Escolar, 2019.

CANDIOTTO, C. Disciplina e segurança em Michel Foucault: a normalização e a regulação da delinquência. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. spe, p. 18-24, 2012.

CARRARA, S. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

CARRARA, S. L. A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.**, v. 20, n. 1, p. 16-29, 2010.

COHEN, C. Os transtornos mentais e a justiça. **Revista ComCiência**, n.126, p. 1-2, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Inspeções aos manicômios**: Relatório Brasil 2015. Brasília: CFP, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ. **Justiça em números 2021**. Brasília: CNJ, 2021.

CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G.; PINTO, L. W. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 2.089-2.099, 2016.

CORDEIRO, Q.; MARAFANTI, I.; PINHEIRO, M. C. P.; ROCHA, R. I.; RIBEIRO, R. B. Perfil de pacientes em medida de segurança que aguardam vagas em Hospitais de Custódia no estado de São Paulo. **Revista de Criminologia e Ciências Penitenciárias PROCRIM**, n. 1, 2015.

COSTA, G. S. **Medidas de segurança**: a periculosidade como conceito legitimador da intervenção penal. Belo Horizonte, São Paulo: D'Plácido, 2022.

DAMAS, F. B. Assistência e condições de saúde nas prisões de Santa Catarina, Brasil. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 5, n. 3, p. 6-22, 2012.

DANIN, R. A. Loic Wacquant: encarceramento em massa como política social na contemporaneidade. **Rev. Sem Aspas**, Araraquara, v. 6, n. 2, p. 125-133, 2017.

DAVIS, A. **Estarão as prisões obsoletas?** Tradução de Marina Vargas. Rio de Janeiro: Difel, 2018.

- DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: Censo 2011**. Brasília: Letras Livres, Editora Universidade de Brasília, 2013.
- DOSTOIÉVSKI, F. 1821-1881. **Crime e castigo**. Dostoiévski; tradução, notas, prefácio e cronologia biográfica do autor Oleg Almeida. São Paulo: Martin Claret, 2019.
- DRAKE, R. E.; WHITLEY, R. Recovery and Severe Mental Illness: Description and Analysis. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 59, n. 5, 2014.
- DUMMAR FILHO, J. **Psicopatologia e mal estar social: estudo psiquiátrico forense sobre 130 pacientes internados em hospital de custódia e tratamento – Ceará**. Fortaleza: Edições Livro Técnico, 2005.
- EWING, J. A. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. **JAMA**, v. 252, p. 1.905-1.907, 1984.
- FAIR, H.; WALMSLEY, R. World Prison Population List. **Institute for Crime & Justice Policy Research**, 13. ed., 2021.
- FAZEL, S.; DANESH, J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. **The Lancet**, v. 359, p. 545-550, 2002.
- FAZEL, S.; GULATI, G.; LINSELL, L.; GEDDES, J. R.; GRANN, M. Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. **PLoS Medicine**, v. 6, n. 8, 2009.
- FERRAZ, M. P. T. **História da psiquiatria no Brasil – Um pouco de São Paulo: estudo de caso**. São Paulo: Leitura Médica, 2016.
- FOUCAULT, M. **"Alternativas" à prisão: Michel Foucault: um encontro com Jean-Paul Brodeur**. Petrópolis: Vozes, 2022.
- FRANCO, T. M. "O comprimido entra e o chip sai": uma análise etnográfica da medicalização da periculosidade em um manicômio judiciário. **Campos - Revista de Antropologia**, v. 19, n. 2, p. 103-123, 2018.
- GABRIEL NETO, J. E.; LOSEKANN, L. A. **Medidas de segurança e periculosidade: aspectos jurídicos, médicos e psicológicos**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Ed., 2017.
- GARBAYO, J.; ARGÔLO, M. J. R. Crime e doença psiquiátrica – perfil da população de um hospital de custódia no Rio de Janeiro. **J Bras Psiquiatria**, n. 57, v. 4, p. 247-252, 2008.
- GAUER, G. J. C.; OSÓRIO, F. C.; CATALDO NETO, A.; TEIXEIRA, L.; CAUM, M.; SOUZA, T. A. C.; VALLE, V.; CRISTÓFOLI, V. Inimputabilidade: estudo dos internos do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso. **Rev. Psiquiatr. RS**, v. 29, n. 3, p. 286-293, 2007.
- GIACOIA, G.; ALMEIDA, L. G. Processo penal e medida de segurança: um estudo da desinternação progressiva como instrumento de reinserção social. **Revista de Direito Penal, Processo Penal e Constituição**, v. 2, n. 2, p. 481-501, 2016.

GIORDANA, J. Y. **Stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale**. Elsevier Masson: Paris. 2010.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 9. ed. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2015.

GOMES, N. S.; FARINA, M.; DAL FORNO, C. Espiritualidade, Religiosidade e Religião: reflexão de conceitos em artigos psicológicos. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 6, n. 2, p. 107-112, 2014.

GONÇALVES, C. E. É preciso salvar o Brasil de uma reforma penal eleitoreira e populista. **Monitor Mercantil**, 2021. Disponível em: <https://monitormercantil.com.br/e-preciso-salvar-o-brasil-de-uma-reforma-penal-eleitoreira-e-populista/>. Acesso em: 20 jul. 2022.

GRECO, R. **Código Penal: comentado**. 11. ed. Niterói, RJ: Impetus, 2017.

GUIMARÃES, C. A. G. Reflexões acerca do controle social formal: discutindo os fundamentos do direito de punir. **Revista da Faculdade de Direito da UERJ-RFD**, v. 1, n. 23, p. 1-29, 2013.

HANCOCK, N.; SMITH-MERRY, J.; MCKENZIE, K. Facilitating people living with severe and persistent mental illness to transition from prison to community: a qualitative exploration of staff experiences. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 12, n. 45, p. 1-10, 2018.

HARE, R. D. Manual for the Revised Psychopathy Checklist (1st ed.). Toronto, Ontario, Canada: **Multi-Health Systems**, 1991.

HOWNER, K.; ANDINÉ, P.; ENGBERG, G.; EKSTRÖM, E. H.; LINDSTRÖM, E.; NILSSON, M.; RADOVIC, S.; HULTCRANTZ, M. Pharmacological Treatment in Forensic Psychiatry – A Systematic Review. **Frontiers in Psychiatry**, v. 10, Article 963, p. 1-12, 2020.

HUGO, V. 1802-1885. **Os miseráveis** / Victor Hugo: tradução de Frederico Ozanam Pessoa de Barros; apresentação de Renato Janine Ribeiro. 1. Ed. São Paulo: PenguinClassics Companhia das Letras, 2017.

IBRAHIM, E. O manicômio judiciário no Rio de Janeiro: hospital ou prisão? **Arq. bras. Psic.**, v. 41, n. 3, p. 101-106, 1989.

ITATIAIA. Pedrinho Matador: conheça a história do maior serial killer do Brasil. **Itatiaia**, 2022. Disponível em: <https://www.itatiaia.com.br/editorias/cidades/2022/08/15/pedrinho-matador-conheca-a-historia-do-maior-serial-killer-do-brasil-->. Acesso em: 03 nov. 2022.

JACOBINA, P. V. **Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica**. Brasília: ESMPU, 2008.

JUNCAL, R. **Medida de segurança: estudo sobre a superação da sanção penal fundamentada na periculosidade**. Belo Horizonte: Dialética, 2021.

KESSLER, R. C.; CHIU, W. T.; DEMLER, O.; MERIKANGAS, K. R.; WALTERS, E. E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Archives of general psychiatry**, v. 62, n. 6, p. 617-627, 2005.

LEITE, I. S.; SEMINOTTI, E. P. A Influência da Espiritualidade na Prática Clínica em Saúde Mental: Uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 2, 2013.

LIMA, S. C.; RODRIGUES, M. S. Execução de medida de segurança no estado do Tocantins frente à ausência de Hospitais de Custódia. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 7, n. 20, p. 474-485, 2020.

LOVE, R. C.; KELLY, D. L.; FREUDENREICH, O.; SAYER, M. A *et al.* **Clozapine Underutilization: Addressing the Barriers**. National Association of State Mental Health Program Directors, 2016.

MAGNO, P. C.; BOITEUX, L. Quando a luta antimanicomial mira no manicômio judiciário e produz desencarceramento: uma análise dos arranjos institucionais provocados pela defensoria pública no campo da política pública penitenciária e de saúde mental. **Rev. Bras. Polít. Públicas**, v. 8, n. 1, p. 573-603, 2018.

MALVEIRA, P. P.; HERRERA, G. A. G.; ROLIM, R. A.; ROLIM NETO, R.; OLIVEIRA, G. F. Perfil e qualidade de vida de pacientes internados em hospital de custódia psiquiátrica. **Id on Line Rev Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 10, n. 31, Supl. 2, 2016.

MARQUES, J. V. Custódia nas medidas de segurança e racismo institucional no Brasil. **Even 3**, 13 nov. 2018. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/viiseminariodpd/129448-CUSTODIA-NAS-MEDIDAS-DE-SEGURANCA-E-RACISMO-INSTITUCIONAL-NO-BRASIL>. Acesso em: 25 dez. 2020.

MELNYCHUK, R. M.; VERDUN-JONES, S. N.; BRINK, J. Geographic risk management: A spatial study of mentally disordered offenders discharged from forensic psychiatric care. **International Journal of Forensic Mental Health**, v. 8, n. 3, p. 148-168, 2009.

MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA – MNPCT. **Relatório de visita ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico "Professor André Teixeira Lima": HCTP I – Franco da Rocha – São Paulo**. Brasília, 2015.

\_\_\_\_\_. **Relatório de visita ao Instituto Psiquiátrico Forense – Rio Grande do Sul**. Brasília, 2015a.

\_\_\_\_\_. **Relatório de visita a unidades de privação de liberdade no estado da Paraíba**. Brasília, 2016.

\_\_\_\_\_. **Relatório de visita a unidades de privação de liberdade no estado do Pará**. Brasília, 2016a.

\_\_\_\_\_. **Relatório de visita a unidades de privação de liberdade no estado de Rondônia**. Brasília, 2016b.

MONTEIRO, D. D.; REICHOW, J. R. C.; SAIS, E. F.; FERNANDES, F. S. Espiritualidade/Religiosidade e saúde mental no Brasil: uma revisão. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, v. 40, n. 98, p. 129-139, 2020.

MORA, J. F. **Dicionário de filosofia**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

MOSCATELLO, R. Recidiva criminal em 100 internos do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 23, n. 1, p. 34-5, 2001.

NICE. NICE impact mental health. **National Institute for Health and Care Excellence**, 2019. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/media/default/about/what-we-do/into-practice/measuring-uptake/niceimpact-mental-health.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2022.

OLIVEIRA, A. S.; DIAS, F. M. V. Andando na contramão: o destino dos indivíduos com transtorno mental que cometem crimes no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, 2018.

OLIVEIRA, G. C.; MECLER, K.; CHALUB, M.; VALENÇA, A. M. O exame de Verificação de Cessação de Periculosidade: a importância da avaliação ampliada em um caso com conclusão contrária ao parecer da equipe assistente. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v. 19, n.2, p. 322-341, 2016.

OLIVEIRA, H. N.; MACHADO, C. J.; GUIMARÃES, M. D. C. Factors associated with self-report of sexual violence against men and women with mental disorders in Brazil. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, v. 47, n. 10, p. 1.567-1.579, 2012.

OLIVEIRA, L. V.; SALVADOR, P. T. C. O.; FREITAS, C. H. S. M. Assistência em saúde mental aos pacientes internados nos institutos de psiquiatria brasileiros: scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, Supl 1, 2020.

OLIVEIRA, N. R.; ARRAES, R. M. B. CAPS judiciário: opção necessária para uma justiça saudável. **Psicologia Argumento**, v. 29, n. 67, p. 447-455, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

\_\_\_\_\_. **CID-11. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f334423054>. Acesso em: 10 set. 2022.

PALOMBA, G. A. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003.

PITOMBO, A. S. A. M.; AVELAR, L. M. A.; LOUZADO, L. Z. Título III Da imputabilidade penal. In: MACHADO, C.; AZEVEDO, D. T. **Código penal interpretado**: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo. 7. ed. São Paulo: Manole, 2017.

PRADO, A. M.; SCHINDLER, D. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. **Rev. Direito GV**, v. 13, n. 2, p. 628-652, 2017.

PRADO, C. R. S. **Triplamente penalizados**: avaliação do atendimento aos pacientes judiciários nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do distrito federal. 2008. 92p. Monografia (Graduação em serviço social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

RACHMAN, S.; FREIRE, R. N. Perícias em Direito Civil. In: BARROS, D. M.; CASTELLANA, G. B. **Psiquiatria forense**: interfaces jurídicas, éticas e clínicas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2020.

RESENDE, S. A. In: BARROS-BRISSET, F. O. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.

RIBEIRO, E. F. J. R.; SARDINHA, L. S.; LEMOS, V. A. Psicopatia, transtornos de personalidade e medida de segurança: um olhar do psicólogo forense. **Diálogos Interdisciplinares**, v. 8, n. 8, p. 31-38, 2019.

RODRIGUES, M. Teatro do oprimido e manicômio judiciário: uma conjugação possível? In: LIGIÉRO, Z.; TURLE, L.; ANDRADE, C. **Augusto Boal**: arte, pedagogia e política. Rio de Janeiro: Mauad, 2013. Cap. 5.

ROMANINI, M.; PAULON, S. M.; PASCHE, D. F.; PINTO NETO, M. F. Saúde Mental, direitos humanos e sistema prisional: reinventando a extensão em tempos pandêmicos desmedidos. **Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 1, 2022.

ROSTIROLLA, A.; PEREIRA, J. H. G.; KIPPER, F. R.; CRESPO, D. A.; SILVA, J. P. A teoria geral do crime: conceito e elementos. **Revista Ibero-Americana de Humanidades**, Ciências e Educação, São Paulo, v. 7, n. 2, 2021.

SADEK, M. T. A. Acesso à justiça: um direito e seus obstáculos. **Revista USP**, n. 101, p. 55-66, 2014.

SADOCK, B. J. *et al.* **Compêndio de psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SANTOS, A. R. G.; LIMA, C. A.; SANTOS, E. S.; BASTOS, J. F.; SILVA, L. G. S.; SILVEIRA, H. F.; RIBEIRO JUNIOR, H. L. Perfil clínico dos pacientes com transtornos mentais internados em um hospital de custódia e tratamento - Bahia – Brasil. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 14, n. 2, p. 190-197, 2015.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 3, 2021.

SCHNEIDER, D. R. **Sartre e a psicologia clínica**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2011. 290 p.

SIEGEL, A. W. Inequality, privacy, and mental health. **International Journal of Law and Psychiatry**, v. 31, n. 2, p. 150-157, 2008.

SILVEIRA, M. M. De uma República a outra: notas sobre os Códigos Penais de 1890 e de 1940. **Revista do CAAP**, Número Especial: I Jornada de Estudos Jurídicos da UFMG, p. 109-125, 2010.

SOUZA, M. L. P.; THIELSEN, J. Transtornos mentais graves e persistentes - TMGP. **Universidade Aberta do SUS**, Universidade Federal do Maranhão - UNASUS, UFMA. Material Multimídia, 2018. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/13521>

TABORDA, J. G. V.; CHALUB, M.; COSTA, G. M. Perícia de Imputabilidade Penal. *In*: ABDALLA-FILHO, E. **Psiquiatria forense de Taborda** [recurso eletrônico]. Elias Abdalla-Filho, Miguel Chalub, Lisieux E. de Borba Telles. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

TAQUARY, E. O. B. A formação do sistema penal brasileiro. **Revista Universitas Jus**, Brasília, v. 17, 2008.

TEIXEIRA, E. H.; DALGALARRONDO, P. Crime, diagnóstico psiquiátrico e perfil da vítima: um estudo com a população de uma casa de custódia do estado de São Paulo. **J Bras Psiquiatr**, v. 55, n. 3, p. 192-194, 2006.

THORNICROFT, G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. **Br J Psychiatry**, v. 199, n. 6, p. 441-2, 2011.

THORNICROFT, G.; ROSE, D.; KASSAM, A. Discrimination in health care against people with mental illness. **Int Rev Psychiatry**, v. 19, n. 2, p. 113-122, 2007.

TOMLIN, J.; BARTLETT, P.; VÖLLM, B. Experiences of restrictiveness in forensic psychiatric care: Systematic review and concept analysis. **International Journal of Law and Psychiatry**, v. 57, p. 31-41, 2018.

TREVILLION, K.; ORAM, S.; FEDER, G.; HOWARD, L. M. Experiences of Domestic Violence and Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Plos One**, v. 7, issue 12, p. 1-12, 2012.

VARSHNEY, M.; MAHAPATRA A.; KRISHNAN V. et al. Violence and mental illness: what is the true story?. **J Epidemiol Community Health**, v. 70, n.223–225, 2016.

VIEIRA, M. D. M. **Sistema penal e abolicionismo**: liberdade e dignidade como fundamentos para um futuro não punitivo. 2021. 103p. Monografia (Graduação em Direito) – Universidade Regional do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2021.

VILJOEN, J. L.; JONNISON, M. R.; COCHRANE, D. M.; VARGEN, L. M., VINCENT, G. M. Impact of risk assessment instruments on rates of pretrial detention, postconviction placements, and release: A systematic review and meta-analysis. **Law and Human Behavior**, v. 43, n. 5, p. 397–420.

VÖLLM, B. A.; CLARKE, M.; HERRANDO, V. T.; SEPPANEN, A. O.; GOSEK, P.; HEITZMAN J. *et al.* European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry: Evidence based assessment and treatment of mentally disordered offenders. **Eur Psychiatry**, v. 51, p. 58-73, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Mental Health and Development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group.** Geneva: WHO, 2010.

WEBSTER, C. D.; DOUGLAS, K. S.; EAVES, D.; HART, S. D. HCR-20: **assessing the risk of violence, version 2.** Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia, Vancouver, 1997.

\_\_\_\_\_. World mental health report: transforming mental health for all. **World Health Organization**, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/9789240049338>. Acesso em: 03 nov. 2022.