

CAMINHOS DA DESINTERNAÇÃO: OS POTENCIAIS IMPACTOS DE IMPLEMENTAÇÃO DE EQUIPE DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS MEDIDAS TERAPÊUTICAS NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO DA BAHIA

Inede Vitória Dias Pereira Amorim¹

Prof. Daniel Fonseca Fernandes²

RESUMO: O presente trabalho visa analisar os potenciais impactos da implementação de uma Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas de Segurança Aplicáveis à Pessoa com Sofrimento Mental em Conflito com a Lei (EAP) em Salvador, Bahia. Para tanto, a pesquisa documental baseou-se na análise de textos legais, portarias, diretrizes normativas de órgãos públicos e dados fornecidos pelo Hospital de Custódia e Tratamento de Salvador (HCT). O artigo busca discutir, através da revisão bibliográfica, os fundamentos da medida de segurança, o perfil dos pacientes do HCT-BA e a reorientação das políticas de apoio a saúde das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, para, por fim, adentrar a estruturação da (EAP) e seus potenciais impactos no contexto baiano, em especial no município de Salvador, onde está situada a única instituição do estado responsável pela execução das medidas de segurança e pelas perícias para constatar a inimputabilidade. Os resultados obtidos revelaram que a implementação da Equipe no HCT-BA poderia proporcionar a efetivação dos paradigmas da luta antimanicomial tanto para internos quanto a reinserção social dos egressos, através de projetos semelhantes a ações adotadas por outros estados brasileiros.

Palavras-chave: Medida de Segurança. Inimputabilidade. Hospital de Custódia e Tratamento. Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas de Segurança.

ABSTRACT: The present paper aims to analyze the potential impacts of the implementation of an Evaluation and Monitoring Team of the Custodial Sentences Applicable to the Person with Mental Suffering in Conflict with the Law (EMT) in Salvador, Bahia. To this end, the bibliography research was based on the analysis of legal texts, ordinances, normative guidelines for public agencies, data provided by the Hospital de Custódia e Tratamento from Salvador (HCT). The article argues, through a bibliographic review, the fundamentals of the custodial sentence, the HCT-BA's patients profile and the policies reorientation in order to support the health of people with mental disorders in conflict with the Law, so that, it delves into the structuring of the (EMT) and its potential impacts in the Bahian context, especially in the municipality of Salvador, where the only State Institution responsible for the implementation of custodial sentences and holder of the expertise to verify non-accountability is located. The results obtained revealed that the EMT implementation at HCT-BA could provide effectiveness of the paradigms of the anti-insane asylum struggle for both the hospitalized and the ones in social reintegration, through similar projects' actions adopted in other Brazilian States.

Keywords: Custodial sentences. Exempt from criminal liability. Hospital de Custódia e Tratamento. Evaluation and Monitoring Team of the Custodial Sentences.

¹ Pós-graduanda em Ciências Criminais pela Universidade Católica do Salvador.

² Mestre em Direito pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Ciências Criminais pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG). Orientador.

INTRODUÇÃO

A Portaria do Ministério da Saúde nº 94, de 14 de janeiro de 2014 instituiu no Brasil o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei. Este serviço é composto por uma Equipe de Acompanhamento e Avaliação de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) cujas atribuições são dispostas na própria portaria, entre elas: a adoção de medidas terapêuticas com base comunitária adotando um Projeto Terapêutico Singular (PTS), acompanhar a execução das medidas de segurança, e promover diálogos entres os órgãos de justiça e saúde.

No dia 18 de maio de 2020, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1325 revogou o referido serviço com base no Parecer Técnico Nº 4/2019-COPRIS/CGGAP/DESF/SAPS/MS, argumentando, em linhas gerais, a baixa adesão dos Estados. A extinção da EAP foi o estopim para manifestação de órgãos da justiça e da sociedade civil, inclusive do Conselho Nacional dos Direitos Humanos, solicitando e esclarecendo a importância da retomada do oferecimento do Serviço, culminado na Portaria nº 1754, de 14 de julho de 2020, que reestabeleceu as EAPs.

Na Bahia, não existe nenhuma equipe em funcionamento embora existisse no Plano de Governo Estadual a meta de implementação de duas EAPs até 2019 (BAHIA, 2016). Importante mencionar, que no território baiano só existe um Hospital de Custódia e Tratamento (HCT), localizado em Salvador, sendo este responsável tanto pela execução das medidas de segurança quanto pela perícia médica para atestar a inimputabilidade, de forma que possui atualmente 135 (cento e trinta e cinco) internos, conforme informações coletadas de forma qualitativa em visita realizada a unidade em dezembro de 2020.

O artigo objetiva, portanto, analisar quais os potenciais impactos da implementação de uma EAP na cidade Salvador. Através de pesquisa documental com análise de textos legais, portarias e diretrizes normativas de órgãos públicos, coleta e análise de dados fornecidos pelo HCT por meio de quadros afixados no setor administrativo, informações sintetizadas pela equipe de assistência social, em visita realizada em 02 de dezembro de 2020 e, revisão bibliográfica para aprofundamento do tema e comparações com os dados coletados.

O presente trabalho é dividido em três seções. A primeira seção discute as medidas de segurança e seus fundamentos, situando seu desenvolvimento, que levou à introdução do

sistema vicariante no Brasil, estabelecendo a periculosidade como fundamento deste instituto penal, trazendo à discussão as posições de doutrinadores sobre o caráter punitivo da medida, ainda que seu objetivo seja o tratamento do indivíduo. Além disso, discorre sobre a história do HCT-BA, desde a sua instauração em 1928 até sua relocação para a Baixa do Fiscal, onde é atualmente localizado (DINIZ, 2013). Ademais, é feita uma análise do perfil dos internos por meio de revisão bibliográfica e dados coletados e analisados de forma qualitativa em visita realizada em 02 de dezembro de 2020.

A segunda seção se concentra na luta antimanicomial, com foco na Lei nº 10.216/2001 e a reorientação das políticas de apoio as pessoas com sofrimento mental em conflito lei, principalmente aos preceitos estabelecidos na Portaria do Ministério da Saúde nº 94 de janeiro de 2014.

A última seção discute o objeto central desta pesquisa, explicando em que consiste a EAP, sua base legal, sua extinção em maio de 2020 e sua posterior reestruturação em julho de 2020. São apresentados exemplos de EAPs existentes no Piauí, Pará e Mato Grosso. Por fim, são indicados possíveis impactos, baseados nos modelos de outros estados brasileiros, que poderiam se adequar à realidade baiana para beneficiar os internos, seja no trabalho com os pacientes em execução de medida de segurança ou projetos extramuros em parceria com órgãos da justiça, do estado e município, ou ainda, do terceiro setor.

1 MEDIDA DE SEGURANÇA E SEUS FUNDAMENTOS

O embrião da medida de segurança surgiu em 1860, na Inglaterra, a partir do *Criminal Lunatic Asylum Act*³ e do *Trial of Lunatic Act*⁴, onde se iniciou a aplicação de tratamentos psiquiátricos em criminosos acometidos de doenças mentais (PRADO, 2007, p. 700). Entretanto, a percepção do conceito de medida de segurança com enfoque para o delinquente e a vítima só foi sistematizada em 1893, com o Código Penal suíço, que serviu de inspiração para o primeiro sistema completo de medidas de segurança, em 1930, na Itália (LEBRE, 2013, p. 274).

³ Instituto que determinava o recolhimento de pessoas que praticassem algum delito, desde que penalmente irresponsáveis, a um asilo de internados.

⁴ Permitia ao júri retornar um veredicto especial onde o acusado é considerado culpado, mas louco na data do ato ou omissão, podendo ser mantido sobre custódia como um “lunático criminoso”.

No Brasil, embora já houvesse menção ao tratamento direcionado a inimputáveis no Código Criminal do Império de 1830 e no projeto de Código Penal Republicano em 1893, somente em 1940, com a introdução no sistema jurídico brasileiro do Código Penal vigente⁵, a medida de segurança foi devidamente inserida no ordenamento pátrio (PRADO; SCHINDLER, 2017, p. 631).

Conforme expõe Campos (2013, p. 18), a Lei nº 7.209 de 1984 reformou a parte geral do Código de 1940, substituindo o sistema duplo binário pelo vicariante, evitando o *bis in idem*⁶, tendo em vista que pelo antigo sistema (duplo binário) o criminoso acometido por doença mental sofria dupla punição pelo mesmo fato, sendo aplicado tanto a medida de segurança quanto a pena.

Atualmente é adotado no ordenamento brasileiro o sistema vicariante, dividindo a resposta punitiva estatal em pena (imputáveis) ou medida de segurança (inimputáveis). De forma que o objetivo da medida de segurança é o tratamento do paciente, finalidade diversa da pena, cujo intuito é a responsabilização jurídica centrada na culpabilidade e a ressocialização do indivíduo (CARVALHO, 2013a).

É importante destacar que a condição essencial para a aplicação da medida de segurança é a inimputabilidade, caracterizada pela ausência de capacidade plena do autor durante o ato ilícito. No Código Penal brasileiro, se adota o critério biopsicológico para constatar a inimputabilidade do sujeito, ou seja, os doentes mentais e os menores de dezoito anos⁷. De forma que a medida de segurança só é direcionada àquela pessoa acometida de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto, que não podia, ao tempo de a ação entender o caráter ilícito ou determinar-se de acordo com esse entendimento, art. 26 do Código Penal. Assim, são aplicadas a estas medida de segurança podendo ser na forma de tratamento ambulatorial, para crimes puníveis com detenção, ou internação nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, para ilícitos punidos com reclusão.

A doutrina majoritária entende a medida de segurança como uma forma de pena, haja vista que toda privação de liberdade, ainda que em forma terapêutica, possui conteúdo punitivo. Para Zaffaroni, Batista, Alagia e Slokar (2017, p. 139) as Medidas de Segurança, em especial, as que culminam em internação implicam em uma privação de liberdade por tempo

⁵ Cópia do Código Italiano de 1930, denominado *Codice Rocco*, o qual foi uma deformação do Código Napoleônico de 1808.

⁶ É um fenômeno do direito que consiste na repetição de uma sanção sobre mesmo fato.

⁷ Sujeitos a normas estabelecidas na legislação especial, Estatuto da Criança e Adolescente.

indeterminado, só diferem de uma pena em sua carência de limite máximo e na total desproporção com a magnitude máxima da lesão jurídica causada, se tornando apenas outro recurso de impor penas com discurso tutelar.

Embora a medida de segurança de internação tenha por efeito a privação de liberdade, assim como a pena, seus fundamentos são diversos. O fundamento da pena é a culpabilidade, enquanto a base da medida de segurança se firma diante da periculosidade do indivíduo, o provável retorno à prática do fato delitivo devido à condição pessoal do agente, a loucura. O sujeito dotado de periculosidade é aquele que não possui condições de avaliar a ilicitude do seu ato e, conseqüentemente, atuar conforme as expectativas jurídicas. Desde a constatação da periculosidade do agente existe uma intersecção entre o discurso jurídico e o médico-psiquiátrico, considerando que a averiguação desta condição do autor ocorre através do incidente de insanidade mental, cuja prova primordial é a perícia psiquiátrica.

A noção de periculosidade não se refere exatamente ao diagnóstico psiquiátrico, mas a uma visão mais ampla e segregacionista em que os doentes mentais são vistos como perigosos, assim como os reincidentes, os condenados por crimes organizado, ou mais precisamente, como qualquer criminoso, que sob o olhar judiciário é um virtual reincidente, possuidor de uma tendência delituosa (RAUTER, 2003). Esta suposta tendência a delinquir, conforme analisado⁸ por Rauter (2003, p. 89) converge do histórico familiar dos indivíduos, de forma que fazem parte da realidade mais comum e cotidiana vivida pela miséria gerada pela própria exploração capitalista, recebendo uma leitura estigmatizante utilizada para construir uma personalidade criminosa. Situação segregacionista perceptível no HCT-BA, ao observar que em 2011, a maioria das profissões das pessoas internadas exigiam pouca ou nenhuma qualificação técnica e educacional, de forma que a maioria dos internos 52% possuíam apenas o ensino fundamental incompleto e 28% eram analfabetos (DINIZ, 2013, p. 84-85).

A constatação do estado de periculosidade repercute na indeterminação de tempo máximo para execução da medida de segurança, tendo em vista que este instituto possui finalidade terapêutica, o seu encerramento só acontecerá diante da resposta positiva do paciente ao tratamento, caso contrário, pode a medida de segurança possuir caráter perpétuo seja por conta da omissão legislativa na esfera penal ou, ainda, na constitucional (CARVALHO, 2013b):

No plano normativo, a abertura para a perpetuidade da medida de segurança ocorre não apenas pelas regras do Código Penal, mas, sobretudo, pela injustificável omissão

⁸ A partir de 120 (cento e vinte laudos) de Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade realizados no Instituto de Classificação Nelson Hungria no período de 1968 a 1972 (RAUTER, 2003).

constitucional no que tange aos limites da medida de segurança. Apesar do extenso rol de princípios e regras constitucionais sobre a forma de delimitação, de aplicação e execução das penas, o constituinte eximiu-se de tratar o tema das medidas de segurança, notadamente no que tange seus limites – “não haverá penas: a) de morte, salvo em caso de guerra declarada, nos termos do art.84, XIX; b) de caráter perpetuo; c) de trabalhos forçados; d) de banimento; e) cruéis” (art. 5º, XLVII, da Constituição) No direito Constitucional comparado, é comum perceber o tratamento paritário entre os condenados por crime e aqueles submetidos às medidas de segurança, sendo-lhes resguardados isonômicos direitos e garantias, inclusive no que tange à vedação da perpetuidade. (CARVALHO, 2013b, p. 59-60)

Assim, a medida de segurança, diferente da pena, não possui limite de duração estabelecido em lei, de forma que é aplicada por tempo indeterminado até que cesse a periculosidade do indivíduo. Embora não haja tempo máximo, o Supremo Tribunal Federal se manifestou em julgamento de Habeas Corpus⁹, afirmando que a medida de segurança deve perdurar enquanto não cesse a periculosidade do agente, limitada, contudo, ao período máximo de trinta anos, em analogia ao art. 75 do Código Penal¹⁰, e a vedação das penas perpétuas pela Constituição Federal.

Além do STF, a 5ª Turma do STJ, em março de 2012, no julgamento do *Habeas Corpus* nº 208.336/SP também se manifestou quanto ao tempo da medida de segurança, tanto na modalidade internação quanto no tratamento ambulatorial, que deve ser limitado ao máximo da pena abstratamente cominada ao delito perpetrado e não pode ser superior a 30 anos. Este entendimento foi consolidado na súmula 527 do STJ: “O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado”, abalizado no princípio da isonomia e da proporcionalidade.

Entretanto, ainda que haja decisões jurisprudenciais acerca do tempo máximo de aplicação de medida de segurança, a realidade é que se vislumbra no sistema penal brasileiro uma quantidade significativa de pacientes esquecidos nos manicômios judiciários, como é o caso de Josefa da Silva, abandonada há 38 anos no manicômio judiciário de Alagoas, segundo relatado por Diniz e Brito (2016), e na situação que ocorre no Hospital de Custódia e Tratamento de Salvador, onde residem 25¹¹ (vinte e cinco) internos que já possuem alvará de soltura, carta de desinternação ou classificados como “problema social”¹² e permanecem no estabelecimento penal seja por ausência de aparato financeiro, de familiares para acolhimento,

⁹ HC 84.219, Rel. Min. Marco Aurélio, Primeira Turma, DJ 23.9.2005

¹⁰ A lei nº 13.965/2019 alterou o artigo 75 do Código Penal, aumentando o limite máximo da pena para quarenta anos, é possível que as futuras decisões, tendo em vista a aplicação por analogia, considerem o prazo máximo para a medida de segurança o mesmo limite das penas restritivas de liberdade, quarenta anos.

¹¹ Dados coletados em visita realizada ao Hospital de Custódia e Tratamento de Salvador em 02 de dezembro de 2020

¹² São os internos que não possuem acolhimento familiar, e estão à espera de vagas em residências terapêuticas.

vagas em residências terapêuticas ou programas de reinserção social como os proporcionados pelas Equipes de Acompanhamento e Medidas Terapêuticas a Pessoas em Conflito com a Lei (EAPs).

1.1. HOSPITAL DE CUSTÓDIA DE SALVADOR

O Hospital de Custódia e Tratamento de Salvador, assim como os outros estabelecimentos deste modelo, possui uma estrutura híbrida, de forma que é simultaneamente hospital-presídio, assim afirma Peres (2012, p. 118):

É interessante notar que apesar do movimento em prol da construção do Manicômio Judiciário ter surgido no meio médico, como uma tentativa de legitimar e especificar sua estratégia, medicalizando o espaço asilar, o Manicômio Judiciário é colocado, aqui, não como parte ou como uma reforma da assistência psiquiátrica, mas como parte do sistema carcerário e no âmbito de reformas penitenciárias, pelos próprios médicos que o defendiam. Dessa maneira, o manicômio baiano forma-se como uma instituição mais penitenciária do que médica e os loucos-criminosos, que, na figura dos monomaníacos, serviram para mostrar a necessidade da estratégia alienista, tornam-se inespecíficos para o meio médico e dele são retirados.

O HCT-BA, que é conceituado pelo Estado como unidade prisional, subordinado à SEAP (Secretaria de Estado de Administração Penitenciária), foi instaurado por meio da promulgação da Lei Estadual nº 2.070, de 23 de maio de 1928, com a denominação Manicômio Judiciário, de forma que só foi renomeado em 1991. Em 20 de agosto de 1973, o então manicômio judiciário da Bahia, que até então funcionava no pavilhão Manoel Vitorino do Hospital Juliano Moreira – local em que se realizava as perícias – foi transferido para um prédio localizado na Baixa do Fiscal, próximo ao centro da capital, Salvador, onde permanece até a atualidade (OLIVEIRA, 2009, p. 47).

Diniz (2013, p. 82/93) afirma que em 2011 o HCT-BA vinculava-se a secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Estado da Bahia e que correspondia a nona unidade com maior índice populacional dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos (HCTPs) e das Alas de Tratamentos Psiquiátricos (ATPs), o que era equivalente a 4% da população dos 26 Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátricos do país, e a 14% das pessoas internadas nos estabelecimentos da região nordeste.

Atualmente, o Hospital de Custódia e Tratamento de Salvador, é o responsável por todas as perícias médicas psiquiátricas para constatar a inimputabilidade do estado da Bahia, tendo em vista ser o único estabelecimento neste seguimento em todo o estado, o que gera uma alta demanda de perícias e verificação de cessação de periculosidade, sendo este um dos fatores

relevantes na demora em retorno do paciente para o convívio social e consequente superlotação do estabelecimento.

1.1.1 Perfil dos internos

Hoje, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico da Bahia possui 135 (cento e trinta e cinco) internos, dos quais 128 (cento e vinte e oito) são homens e 07 (sete) são mulheres.

Tabela 1: Sexo da população do HCT-BA¹³

Sexo	Quantidade de internos	Porcentagem
Masculino	128	94,81%
Feminino	07	5,18%
Total	135	100%

De forma que no HCT-BA há uma maior concentração de homens, pois representam 94,81% (128/135) da população, situação historicamente recorrente, conforme demonstra Diniz (2013, p. 83/84), que constatou, em 2011, que a população masculina do HCT-BA representava 92% (139) da população total (151), e (SANTOS *et al*, 2015, p.192) em dados coletados entre 2012 e 2014 onde 93,2% (591/634) dos internos pertenciam ao sexo masculino.

Tabela 2: Faixa etária da população do HCT- BA

Faixa etária	Quantidade de internos	Porcentagem populacional
Menos de 20	1	0,74%
20 a 24	6	4,44%
25 a 29	15	11,11%
30 a 34	27	20%
35 a 39	29	21,48%
40 a 44	23	17,03%
45 a 49	12	8,88%
50 a 59	14	10,37%
60 a 69	8	5,92%

No HCT-BA a faixa etária predominante é de 35 a 39 anos representando 21,48% (29/135) de internos, de forma que a população entre 30 a 39 anos representa 41,48% (56/135), seguindo a mesma média dos dados coletados por Santos *e colaboradores* (2015, p. 192) dos

¹³ Os dados apresentados nas tabelas a seguir foram coletados em visita técnica em 02 de dezembro de 2020 e analisados em 16 de fevereiro de 2021.

quais a faixa etária em destaque, entre janeiro de 2012 e dezembro de 2014, era de 30 a 39 anos representando 35,9% (228/634) dos internos, diverso dos dados obtidos por Diniz em 2011 (2013, p. 83/84), cuja população predominante tinha entre 25 a 29 anos, representando 22% (33/151) dos internos.

Tabela 3: Situação jurídica

Situação Jurídica	Quantidade de internos	Porcentagem populacional
Alvará de Soltura	04	2,96 %
Carta de Desinternação/ decisão interlocutórias	11	8,14%
Para Laudo	21	15,5%
Com Laudo	34	25,18%
Medida Provisória/Cautelar	29	21,48%
Medida de Segurança	24	17,7%
Problema Social	10	7,40%
Tratamento	2	1,48%

Em relação à situação jurídica, percebe-se que o maior grupo de internos são os classificados como “com laudo”, 25,18% (34/135). Todavia o que mais interessa a esta pesquisa é a quantidade de pacientes com problema social, alvará de soltura e carta de desinternação, representando 18,51% (25/135) dos internos, que já deveriam estar em liberdade. Estes sujeitos permanecem no estabelecimento prisional/hospitalar por ausência de acolhimento familiar, infraestrutura estatal em fornecer residências terapêuticas ou ainda políticas públicas voltadas para a desinternação assistida, situação que poderia ser amenizada pela implementação de Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas a Pessoas em conflito com a lei. É importante destacar que estes números representam um aumento significativo quando comparados com os dados de 2014, em que existiam 5 (cinco) internos com problemas sociais, 3 (três) com decisão interlocutória e nenhum com alvará de soltura, representando apenas 4,81% (8/166) da população total (SANTOS *et al.*, 2015).

Tabela 4: Tipos de Delito

Tipo de delito	Quantidade de internos	Porcentagem populacional
Ameaça	09	6,66%
Dano	03	2,22%

Entorpecentes	02	1,48%
Estupro	08	5,92%
Furto	01	0,74%
Homicídio	53	39,25%
Lesão Corporal	03	2,22%
Latrocínio	04	2,96%
Roubo	10	7,4%
Tentativa de estupro	02	1,48%
Tentativa de homicídio	29	21,48%
Tentativa de Roubo	03	2,22%
Outros	08	5,92%

O crime de homicídio é o mais recorrente, representando 39,25% (53/135) dos delitos imputados aos internos. Esta circunstância é historicamente predominante na instituição, haja vista que em 2011, segundo Diniz (2013, p.88), homicídios representavam 32% (16/151) dos atos praticados pelos pacientes em medida de segurança, e em 2014 representavam 47,6% (79/166) dos delitos (SANTOS *et al.*, 2015).

Em 2011, constatou-se que dos internos em medida de segurança acusados de homicídio consumado e tentado 67% teriam praticado o crime dentro do seio familiar ou ambiente doméstico, sendo este delito cometido contra mãe, pai, irmão, sogro, sobrinha, avó, padrasto, tio, cunhada e primo (DINIZ, 2013). De acordo com Silva e Silva (2017, p.12-13) além do trauma causado pelo delito promover a resistência dos assistidos ao retorno do lar, a gênese dos transtornos psíquicos envolve e mobiliza a família, que tende a não desejar se responsabilizar pelo transtorno e suas possíveis consequências.

Os delitos de ameaça e dano são punidos com detenção, de forma que poderia ser aplicado a estas pessoas o tratamento ambulatorial ao invés da internação hospitalar, conforme previsão do artigo 97 do Código Penal: “Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial”, o que evitaria o rompimento dos vínculos familiares tendo em vista o fato que 74,81% (101/135) dos internos são do interior, dificultando a visita dos parentes.

Dos 25 (vinte e cinco) internos classificados como problema social, carta de desinternação ou alvará de soltura, 4 (quatro) deles foram internados em virtude do crime de

ameaça, de maneira que poderia ter sido aplicado a eles o tratamento ambulatorial o que possibilitaria a convivência do indivíduo na sociedade, e evitaria o rompimento familiar.

Portanto, é possível analisar que se houvesse maior cautela e observância na aplicação das normas penais e nas diretrizes de políticas públicas de saúde voltadas as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, ou ainda a própria estrutura da luta antimanicomial, seria possível encontrar ao menos uma maneira de evitar ou diminuir a perpetuação das medidas de segurança.

2 A LUTA ANTIMANICOMIAL E A REORIENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE APOIO ÀS PESSOAS COM SOFRIMENTO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

A Luta Antimanicomial obteve destaque em 1970, com Franco Basaglia que defendia um tratamento de forma humanizada, denunciando a exclusão do indivíduo da sociedade por meio do modelo asilar manicomial, e defendendo a abolição de grades, cadeados, camisas de força, opondo à clausura e à supressão dos sujeitos, a quebra de perspectiva do que efetivamente pode ser tratado como doença mental e o fim do isolamento total dos pacientes para um modelo de tratamento que considerasse o convívio na família e comunidade, premissas influenciadoras das reformas mundiais insurgentes (PIRES; RESENDE, 2016, p. 1-6). Desta forma, Basaglia defendia a necessidade de reformulação atinente a saúde mental, inclusive em relação a lei psiquiátrica:

Falar de uma reforma da atual lei psiquiátrica significa não somente desejar encontrar novos sistemas e regras sobre os quais apoiar a nova organização, mas principalmente, enfrentar os problemas de ordem social que lhe são correlatos... (*março de 1965*). (BASAGLIA, 2001, p. 116).

Os ideais de Basaglia inspiraram a formulação da Lei nº 180 de 1978, ainda vigente na Itália, que preconizava a eliminação dos manicômios e a relocação do tratamento existente por outras formas de cuidado e assistência, reparação da cidadania, dos direitos sociais dos doentes e assistência psiquiátrica competente. Este dispositivo legal era tão inovador no quesito saúde mental que alguns anos depois seria uma das contribuições que auxiliariam o deputado brasileiro Paulo Delgado a elaborar a Lei Antimanicomial nº 10.216/2001 (PIRES; RESENDE 2016, p. 37-40).

O embrião do Movimento Antimanicomial no Brasil nasce na segunda metade da década de 70 após inúmeras críticas e denúncias feitas a administração de saúde pública em relação a violação dos direitos dos pacientes acometidos de doença mental. Desta forma, com o debate relacionado a saúde mental efervescendo o cenário brasileiro e a promulgação da constituição de 1988 – o estopim para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) – sete estados

federativos e Distrito Federal sancionaram leis que previam a gradativa assistência em hospital psiquiátrico de forma a substituir o tratamento em outros serviços e aparatos. Entretanto, só houve legislação específica a nível nacional em 2001, quando foi aprovada Lei de Saúde Mental, nº 10.216, oriunda do projeto do Deputado Paulo Delgado, sendo sancionada após doze anos de tramitação e mudanças textuais (PIRES; RESENDE, 2016, p. 37-41).

Apesar da Lei nº 10.216/2001 trazer avanços notáveis sobre questões atinentes à saúde mental, não há previsão específica para as pessoas em sofrimento mental autoras de delito. Entretanto, não se pode entender pela exclusão destas pessoas tendo em vista que conforme determina o art. 1º da lei em comento, os direitos nela previstos devem ser garantidos “sem qualquer forma de discriminação” (BRASIL, 2001).

Além disso, esta lei trata de internação compulsória, ou seja, determinada judicialmente. De maneira que, independentemente das circunstâncias que justificaram a internação psiquiátrica, esta deve ter finalidade terapêutica de modo a garantir o direito à saúde de toda pessoa em sofrimento mental.

Com o intuito de promover uma abordagem interdisciplinar sobre o tema medida de segurança e saúde, em 2002, os Ministérios da Justiça e da Saúde iniciaram a atuação em conjunto, com especial destaque para o “Seminário Nacional de Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico”, de forma que as questões relativas ao manicômio judiciário devem integrar diversas áreas do direito e da saúde a fim de garantir a reinserção social do interno em consonância com os princípios do SUS e da Reforma psiquiátrica (CORREIA; ALMEIDA, 2017).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2002, foi a primeira a se referir diretamente a Reforma Psiquiátrica e a conceituá-la e, também, a única a ter um capítulo específico para a desinstitucionalização considerando-a como parte da reforma psiquiátrica. Todavia, foi na IV Conferência Nacional de Saúde Mental que houve a proposta de garantir a reinserção social, assistência e reformulação das leis de execução penal em consonância com a reforma psiquiátrica para as pessoas com sofrimento mental em conflito com a lei (HEIDRICH; BERNDT, 2015).

739. Elaborar, a partir da constituição de um grupo intersetorial, um plano nacional de Extinção de Custódia em prazo emergencial. Durante o período de transição, garantir que a medida de segurança seja aplicada em sintonia com a Lei 10.216/2001 e garantir a humanização dos hospitais de custódia, pautada no respeito aos direitos humanos e atendimento de qualidade, visando a reabilitação psicossocial.

740. Promover ações de mobilização ao Poder Judiciário, Defensorias Públicas e Ministério Público para a implementação de serviços voltados ao acompanhamento

do processo criminal do usuário de saúde mental, na fase de instrução e execução penal, visando garantir acessibilidade ao tratamento em Saúde Mental nos serviços substitutivos ao manicômio, de acordo com a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, para avançar na direção do fim dos manicômios judiciários.

741. Promover, em parceria com as Secretarias Estaduais de Assistência Social, desinstitucionalização dos cidadãos com sofrimento psíquico internados nos hospitais de tratamento e custódia estaduais, realocando os recursos financeiro dos leitos hospitalares na implementação e manutenção de Serviços Residenciais Terapêuticos.

742. Promover e desenvolver, junto ao Ministério da Saúde, ações necessárias para a revisão, adequação e implantação imediata de plano de ação interministerial de saúde integral e saúde mental para o sistema prisional, garantido àquela população o direito de assistência de acordo com os princípios da Lei 10.216/2001, constituindo para isso comissões intersetoriais (Saúde, Assistência, Segurança e Justiça) (BRASIL, 2010, p. 123).

As discussões acerca da atenção à saúde mental também alcançaram o sistema jurídico diretamente, tanto que o Conselho Nacional de Política Criminal (CNPCC) e Conselho Nacional de Justiça – CNJ já se manifestaram pela adoção da política antimanicomial no sistema penitenciário, ainda que tais manifestações não tenham força legislativa, elas servem para alavancar uma efetiva política de atenção integral voltadas aos pacientes do sistema judiciário.

De maneira que o CNJ, através da recomendação nº 35/2011 dispôs sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos internos e a execução da medida de segurança. Neste mesmo sentido, o CNPCC editou resoluções nos anos de 2004, 2010 e 2014 determinando a necessidade de consonância entre a execução da medida de segurança e a Lei nº 10.216/2001, de forma que também consta esta necessidade na Resolução nº 4, de 18 de julho de 2014, que aprovou as Diretrizes Básicas Para a Atenção Integral Das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (BRASIL, 2014a).

As resoluções e recomendações do CNPCC e CNJ, respectivamente, ganharam maior força em 2014, com a publicação, pelo Ministério da Saúde, de novos documentos que assimilavam as diretrizes dos órgãos mencionados. Um dos documentos mais importantes foi editado em conjunto com o Ministério da Justiça, em 2 de janeiro de 2014, a Portaria Interministerial nº 1 que implementou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no Âmbito do Sistema Único de Saúde (CORREIA; ALMEIDA, 2017).

Neste mesmo ano, em 14 de janeiro, foi publicada pelo Ministério da Saúde a Portaria nº 94 que instituiu 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. Este serviço determina a criação de uma Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em

Conflito com a Lei (EAP), composta por multiprofissionais, com o intuito de contribuir para o processo de desinstitucionalização ratificando o direito das pessoas privadas de liberdade a saúde e assistência social (BRASIL, 2014b).

Por fim, todo esse aparato legislativo tem grande importância em reafirmar, reorientar e alinhar as políticas voltadas a saúde mental do indivíduo em conflito com a lei com os princípios e diretrizes do movimento antimanicomial, ainda que na prática - apesar da existência a níveis regionais de movimentos e ações para corroborar tal pensamento -, a nível nacional a maioria dos Hospitais de Custódia e Tratamento não são contemplados por estes programas. É o caso do HCT da Bahia, em que ainda não foi implementado programa específico para desinstitucionalização como as EAPs.

3 A EQUIPE DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS MEDIDAS TERAPÊUTICAS APLICÁVEIS À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI – EAP

A Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito Com A Lei (EAP), surgiu por meio da Portaria nº 94 de 2014, do Ministério da Saúde, - posteriormente substituída pelo Capítulo III e pelos Anexos 3 e 4 do Anexo XVIII da Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017 - fruto de um projeto muito mais amplo oriundo da Portaria Interministerial nº 1, de janeiro de 2014. Esta portaria instituiu no Brasil a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), cujo intuito era ampliar as ações de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) às pessoas recolhidas em estabelecimento prisional, de forma que, cada unidade básica de saúde prisional pudesse ser vista como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (BANDEIRA *et al.*, 2018 p. 21-27).

Importante mencionar que todo o enfoque para a saúde mental dos internos remota uma exigência muito além do Ministério da Saúde, mas uma relação direta com o Conselho Nacional de Justiça no tocante as regras oriundas de tratados internacionais da Organização das Nações Unidas (ONU), por meio das “Regras de Mandela”¹⁴, se referindo especificamente aos presos com transtornos mentais nas regras 109 e 110 (SILVA; SILVA, 2017):

Regra 109

¹⁴ Se trata de Regras Mínimas das Nações Unidas para o tratamento de reclusos, que buscam com base no consenso do pensamento atual e nos elementos essenciais dos sistemas contemporâneos mais adequados, estabelecer o que geralmente se aceita como sendo bons princípios e práticas no tratamento dos reclusos e na gestão dos estabelecimentos prisionais.

1. Os indivíduos considerados imputáveis, ou que posteriormente foram diagnosticados com deficiência mental e/ou problemas de saúde severos, para os quais o encarceramento significaria um agravamento de sua condição, não devem ser detidos em unidades prisionais e devem-se adotar procedimentos para removê-los a instituição de doentes mentais, assim que possível.
2. Se necessário, os demais presos que sofrem de outros problemas de saúde ou deficiências mentais devem ser observados e tratados sob cuidados de profissionais de saúde qualificados em instituições especializadas.
3. O serviço de saúde das instituições penais deve proporcionar tratamento psiquiátrico a todos os outros prisioneiros que necessitarem.

Regra 110

Caso necessário, medidas devem ser tomadas, juntamente com entidades apropriadas, para garantir a continuidade do tratamento psiquiátrico e para prestar acompanhamento após a liberação. (BRASIL, CNJ. REGRAS DE MANDELA: REGRAS MÍNIMAS DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O TRATAMENTO DE PRESOS, 2016 p.42)

Com o intuito de contemplar a regra nº 110 das “Regras de Mandela” e reafirmar um novo paradigma das execuções de medida de segurança é que começam a surgir ações mais significativas para esta população internada e encarcerada, sendo necessário analisar a questão com um olhar interdisciplinar, não apenas pelo prisma da segurança pública, mas dialogando com a saúde pública, através das instituições psiquiátricas, psicoterapêuticas e ambulatoriais conveniadas ao SUS (SILVA; SILVA, 2017, p.8).

Nesta mesma linha intelectual, de reformulação ao tratamento de doentes mentais em conflito com a lei, determina a Portaria nº 94/2014 do Ministério da Saúde, em seu artigo 5º, que a EAP deve ser constituída por uma equipe interdisciplinar composta por cinco profissionais com diferentes formações acadêmicas, das quais devem ser: 1 (um) Médico Psiquiatra ou Médico com experiência em Saúde Mental; 1(um) enfermeiro; 1 (um) Psicólogo; 1 (um) Assistente Social; e 1 (um) profissional com formação em ciências humanas, sociais ou da saúde, preferencialmente Educação, Terapia Ocupacional ou Sociologia, de forma que tanto os profissionais quanto o próprio serviço da EAP devem ser cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Além disso, a Portaria estabelece que a coordenação do serviço é de responsabilidade do gestor estadual de saúde, podendo haver, inclusive, pactuações específicas nas instâncias colegiadas, desde que se considere para a habilitação do serviço os seguintes critérios básicos:

Art. 9º Para habilitação do serviço disposto nesta norma, a unidade federativa proponente deve observar os seguintes critérios básicos:

I – Apresentar Termo de Adesão, de acordo com o modelo constante no anexo I a esta Portaria

II- Apresentar Plano de Ação para estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, conforme modelo constante no Anexo II a esta Portaria; e

III- Cadastrar o serviço e a equipe no CNES. (BRASIL, 2014b).

As EAP's possuem como público-alvo as pessoas que presumidamente ou comprovadamente apresentem transtorno mental e que estejam em conflito com a lei sob as determinadas condições, são elas: 1) inquérito policial em curso, sob custódia da justiça criminal ou em liberdade; 2) com processo criminal, e em cumprimento de pena privativa de liberdade ou prisão provisória ou respondendo em liberdade, e que tenha o incidente de insanidade mental instaurado; 3) em cumprimento de medida de segurança; 4) sob liberação condicional da medida de segurança; 5) e as pessoas com medida de segurança extinta e necessidade expressa pela justiça criminal ou pelo SUS de garantia de sustentabilidade do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2014b).

Devido ao fato de ter um público tão delimitado e marginalizado socialmente, que as EAP's possuem atribuições tão amplas e necessárias, estão elas expressamente traçadas no artigo 4º, da portaria que institui o serviço nacionalmente:

- I - Realizar avaliações biopsicossociais e apresentar proposições fundamentadas na Lei 10.216 de 2001 e nos princípios da PNAISP, orientando, sobretudo, a adoção de medidas terapêuticas, preferencialmente de base comunitária, a serem implementadas segundo um Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- II - Identificar programas e serviços do SUS e do SUAS e de direitos de cidadania, necessários para a atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei e para a garantia da efetividade do PTS;
- III - Estabelecer processos de comunicação com gestores e equipes de serviços do SUS e do SUAS e de direitos de cidadania e estabelecer dispositivos de gestão que viabilizem acesso e corresponsabilização pelos cuidados da pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei;
- IV - Contribuir para a ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde, pelo beneficiário, em consonância com a justiça criminal, observando a regulação do sistema;
- V - Acompanhar a execução da medida terapêutica, atuando como dispositivo conector entre os órgãos de Justiça, as equipes da PNAISP e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania, garantindo a oferta de acompanhamento integral, resolutivo e contínuo;
- VI - Apoiar a capacitação dos profissionais da saúde, da justiça e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania para orientação acerca de diretrizes, conceitos e métodos para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei; e
- VII - Contribuir para a realização da desinternação progressiva de pessoas que cumprem medida de segurança em instituições penais ou hospitalares, articulando-se às equipes da PNAISP, quando houver, e apoiando-se em dispositivos das redes de atenção à saúde, assistência social e demais programas e serviços de direitos de cidadania.

Assim sendo, a importância desse serviço de acompanhamento transcende as necessidades intramuros dos pacientes, promovendo uma atenção integral voltada ao enfermo e exercendo, simultaneamente, o papel de conector de serviços básicos entre justiça e saúde.

3.1 A EXTINÇÃO DAS EAP'S E SUA POSTERIOR REESTRUTURAÇÃO

No dia 18 de maio de 2020, Dia da Luta Antimanicomial, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.325 revogou o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, e estabeleceu que o repasse financeiro relativo as EAPs para os estados e municípios só seriam mantidos por mais 180 (cento e oitenta) dias contados da publicação da portaria (BRASIL, 2020a).

Essa extinção foi justificada, nos termos da própria portaria: “pelas razões de fato e técnicas expostas no Parecer Técnico Nº 4/2019-COPRIS/CGGAP/DESF/SAPS/MS”. O referido parecer técnico argumenta, além de outras análises, que: existem apenas 11 EAP’s habilitadas no Brasil, e que dessas, nem todas estão em funcionamento; que as EAP’s concorrem conjuntamente com o incentivo financeiro fornecido para as EABP (Equipes de Atenção Básica Prisional) – implementadas massivamente no Brasil – e, a EAP já cumpre um papel estabelecido em lei e executado pelo judiciário.

Ocorre que, conforme já explicitado em capítulo anterior, a EAP possui atribuições muito amplas, incluindo o cuidado extramuros dos pacientes e a conexão entre os órgãos de saúde e sistemas judiciários, enquanto as EABS são equipes de atenção primária voltadas para a atuação intramuros. Além disso, cabe pontuar que, embora haja responsabilidade judiciária referente a desinstitucionalização do paciente, tendo em vista sua vinculação ao laudo de cessação de periculosidade, existem casos de abandono familiar e social que não são contemplados pelo judiciário e são solucionados e/ou amenizados pelo trabalho da equipe, assim elucida Debora Diniz (2013):

Ainda há pessoas internadas em regime de abandono perpétuo: trinta anos é o limite da pena a ser imposta pelo Estado aos indivíduos imputáveis, segundo decisão do Supremo Tribunal Federal (Brasil, 2005). Entretanto, o censo encontrou dezoito indivíduos internados em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico há mais de trinta anos. Jovens, eles atravessaram os muros de um dos regimes mais cruéis de aparação social. Idosos, eles agora esperam que o Estado os corporifique para além dos números aqui apresentados e reconheça-os como indivíduos singulares com necessidades existenciais ignoradas em vários domínios da vida. Os dezoito indivíduos anônimos e abandonados nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico representam 0,5% da população do censo, o que poderia oferecer um falso alento àqueles que acreditam que o sistema é justo ou necessário à defesa social. Há, no entanto, outro grupo que desafia essa tese: são os 606 indivíduos internados há mais tempo do que a pena máxima em abstrato para a infração cometida (Brasil, 2012). Eles são 21% da população em medida de segurança no país. Não há como prever quantos desses, atualmente em pior situação do que aquela em que estariam caso fossem apenados, se converterão em indivíduos abandonados e velhos em um hospital psiquiátrico de custódia. Os indivíduos anônimos e abandonados recebem diferentes nomes a depender do regime de classificação de cada unidade custodial do país: são os problemas sociais, os em longa permanência, os abrigados, ou, simplesmente, os esquecidos anônimos. A eles, a psiquiatria e o sistema jurídico

podem oferecer a terapia ocupacional, a psicologia, o serviço social ou o atendimento voluntário de comunidades religiosas (p.13/14).

Por estas e outras razões, que o Colégio Nacional de Defensores Públicos Gerais e diversas instituições da Sociedade Civil como a ABRASME (Associação Brasileira de Saúde Mental) emitiram conjuntamente nota técnica recomendando a revogação da portaria e reivindicaram o restabelecimento do Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei com seu respectivo custeio (COLEGIO NACIONAL DOS DEFENSORES PUBLICOS GERAIS, 2020). Neste mesmo sentido, opinou o Conselho Nacional de Saúde na Recomendação nº 044 de 15 de junho de 2020 acrescentando ainda a necessidade de se discutir e deliberar pelo Pleno Conselho Nacional de Saúde qualquer alteração da Política Nacional de Saúde que afete os direitos das pessoas com transtorno mental e a assistência em saúde mental.

O Conselho Nacional dos Direitos Humanos também se manifestou na Resolução nº 26, de 15 de junho de 2020, pela revogação da Portaria responsável pela extinção das EAPs, e acrescentou a recomendação para que o Ministério da Saúde se abstenha de toda e qualquer decisão que promova mudanças nas políticas de saúde mental que possam estar em desacordo com a Reforma Psiquiátrica e com a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Esta resolução culminou na publicação da Portaria nº 1754, de 14 de julho de 2020 que revogou a Portaria GM/MS nº 1.325, reestabelecendo o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (BRASIL, 2020b).

3.2 MODELOS DE EAP'S NO BRASIL

Segundo o Parecer Técnico nº 4/2019-COPRIS/CGGAP/DESF/SAPS/MS, de 2014 até 2019, houve a habilitação de 11 EAP's, em diferentes estados brasileiros. Algumas destas equipes foram objetos de análise de pesquisadores que apresentaram propostas de projetos e avanços significativos relativo à reinserção social dos indivíduos desinstitucionalizados.

Foi o caso das EAP's do Piauí, que desde a sua implementação em 2015 (Portaria nº 957/2015) até 2017 conseguiram acompanhar 100 pacientes oriundos do Hospital Psiquiátrico Valter Alencar (HPVA) e Hospital Psiquiátrico Areolindo de Abreu, com índice de reincidência em 0%. Além disso, extinguiram o HPVA com a desinternação/transferência dos 28 pacientes que lá estavam internados, dos quais: a) 7 (sete) foram inseridos em Serviços de Residências Terapêuticas (SRT); b) 10 (dez) retornaram ao convívio familiar, com o acompanhamento do

Centro de Apoio Psicossocial (CAPS); c) 5 (cinco) foram transferidos para hospitais psiquiátricos; d) 2 (duas) pessoas foram conduzidas para o sistema prisional; e) 1 (uma) pessoa aguarda desinternação judiciária para retornar ao convívio familiar; f) 2 (duas) pessoas foram a óbito. Já em relação ao Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, conseguiram que 17 (dezesete) pessoas retornassem ao convívio familiar, e outras 19 (dezenove) aguardam desinternação para retomarem ao ambiente familiar; 2 (duas) foram inseridas em SRT e 8 (oito) aguardavam desinternação judicial para serem contempladas com vagas em residências terapêuticas (PIAUI, 2017, p. 23/24).

Em Ananindeua, localizado na Grande Belém – Pará, a EAP se iniciou em 2014, conseguindo desinternar 6 (seis) pacientes que não tinham vínculos familiares, documentação ou moradia, promovendo diversas ações por meio de parcerias com instituições públicas para conseguir as documentações, a concessão de benefícios sociais (Benefício de Prestação Continuada, Passe Livre, Programa de Volta para Casa), e outros projetos. Já em 2019, com os mesmos planos de ação, conseguiram reinserir socialmente 9 (nove) pacientes. Além dos internos com vínculos familiares rompidos, a EAP também direcionou seus trabalhos para os 40 (quarenta) pacientes desinternados com vínculos familiares preservados, através de mapeamento dos Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Centro de Referências em Assistência Social (CRAS), Centro de Referências Especializado de Assistência Social (CREAS) e Estratégia e Saúde da Família (ESF), além de diálogos com o Instituto Nacional de Seguridade Social, Defensoria Pública do Pará e Secretária de Estado de Assistência social, Trabalho, Emprego e Renda (SEASTER) (BANDEIRA *et al.*, 2018).

Embora apresentem resultados significativos, algumas EAPs também enfrentam problemas, como é o caso da equipe do Mato Grosso, que apesar de não estar credenciada junto ao Ministério da Saúde - conforme preconiza o art. 4º da Portaria nº 94 de 14 de janeiro de 2014 -, tende a seguir os ditames deste projeto. Em 2017, a equipe só possuía 2 (duas) psicólogas, 2 (duas) assistentes sociais e 1 (uma) enfermeira o que dificultava tanto o credenciamento quanto a execução do trabalho em si. Nesta EAP, o serviço era concentrado nos pacientes em medida de segurança, internados ou em regime ambulatorial, acompanhando um total de 61 (sessenta e uma) pessoas. Para alcançar êxito a equipe realizava reuniões com outros setores do governo e do terceiro setor, buscava obtenção de oportunidades educativas, fortalecimento de vínculos familiares, atividades culturais e benéficas para os pacientes (SILVA; SILVA, 2017, p. 12)

É perceptível que apesar de haver poucas EAPs habilitadas junto Ministério da Saúde, e das dificuldades que elas enfrentam, o programa é visionário e vem apresentando resultados expressivos, principalmente no tocante a situação dos internos abandonados socialmente devido ao rompimento dos vínculos familiares. As equipes supramencionadas são exemplos a serem seguidos por outros estados que ainda não implementaram o projeto, inclusive pela Bahia.

3.3 POTENCIAIS IMPACTOS DE IMPLEMENTAÇÃO DE EAP EM SALVADOR

Conforme já relatado em capítulos anteriores, a Bahia não possui nenhuma EAP, ao menos nenhuma habilitada junto ao Ministério da Saúde¹⁵, apesar de se localizar em Salvador o nono maior Hospital de Custódia e Tratamento em índice populacional no Brasil (DINIZ, 2013). Oportuno mencionar, que é de responsabilidade estadual a coordenação do serviço da EAP, incluindo seu pedido de habilitação nos moldes dos artigos 6º e 9º da Portaria nº 94 de janeiro de 2014.

O plano estadual de saúde da Bahia referente aos anos de 2016 a 2019, previa a implementação de duas Equipes de Avaliação o Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei até 2019, sobre responsabilidade conjunta da Superintendência Atenção Integral a Saúde (SAIS) e a Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC) (BAHIA, 2016, p. 102). Situação que corrobora a necessidade do estado em ter o serviço, ainda que a meta não tenha sido alcançada.

A implementação de uma EAP poderia melhorar a qualidade do serviço ofertado aos pacientes, e inclusive a extinção da taxa de reincidência como ocorreu no Piauí (PIAUI, 2017, p. 23/24). Um serviço como a EAP, auxiliaria de pronto 84 (oitenta e quatro) dos 135 (cento e trinta e cinco) internos do HCT-BA, de forma que, nos moldes do art. 2º, da Portaria nº 94 de janeiro de 2014, contemplaria os 29 (vinte e nove) pacientes provisórios, os 21 (vinte e um) com incidente de insanidade mental instaurado, 24 (vinte e quatro) em cumprimento de medida de segurança e 10 (dez) internos classificados como problema social, pois, possuem medida de segurança extinta e não detém vínculos familiares, necessitando de um projeto terapêutico singular.

Neste sentido, a EAP em Salvador, poderia dialogar com órgãos como a Defensoria Pública da Bahia e o INSS, como fez a EAP do Pará, para obter os Benefício de Prestação

¹⁵ Conforme lista das 11 EAPs habilitadas no Brasil constante no Parecer Técnico Nº 4/2019-COPRIS/CGGAP/DESF/SAPS/MS.

Continuada (BPC) e a regularização de documentos pessoais para os pacientes que já possuem medida de segurança extinta, alvará de soltura ou carta de desinternação, um total de 25 (vinte e cinco) pessoas, proporcionando a independência financeira destes (BANDEIRA *et al.*, 2018). Haja vista que, o BPC garante um salário-mínimo a pessoa com deficiência que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção, nem de tê-la provida por sua família (BRASIL, 2020c).

Além disso, seria possível para a equipe estabelecer comunicação com programas habitacionais garantindo moradia para os internos em vulnerabilidade social, pois Salvador só possui sete residências terapêuticas para contemplar tanto os ex-internos oriundos do HCT-BA quanto do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, promovendo, conjuntamente o mapeamento de serviços como o CAPS, CRAS e CREAS (SALVADOR, 2011).

O serviço ainda poderia buscar alternativas de fortalecer os vínculos familiares dos pacientes, principalmente os naturais de cidades do interior, que correspondem a 74,81% dos internos do HCT-BA, através de ligações periódicas para prestar informações necessárias sobre o paciente, seu possível retorno e a importância do acolhimento; e, diálogo com o CAPS e programas de agentes comunitárias locais para promover apoio psicológico e social dos familiares, objetivando o acolhimento do paciente quando este obtiver alta. Assim, uma vez que a família se sentisse assistida e apoiada pela rede de saúde para atender a pessoa que esteve internada, teria uma boa aceitação do retorno deste ao lar, pensando em estratégias para que o indivíduo também se sinta acolhido (SILVA e SILVA, 2017, p. 13).

Ademais, seguindo os exemplos já relatados de EAPs bem-sucedidas, seria imprescindível a divulgação dos serviços prestados pela equipe como forma de disseminação de conhecimento e rompimento de estigmas, com a ampliação do diálogo entre órgãos de saúde, assistência social e justiça. Se preocupando também com o acompanhamento dos externos, através de levantamento de dados e a promoção de um Projeto Terapêutico Singular com o devido acompanhamento do CAPS a fim de evitar reinternações (BANDEIRA *et al.*, 2018).

Desta forma, a EAP em Salvador poderia impactar na diminuição dos rompimentos familiares, na progressiva desinstitucionalização dos indivíduos, reduzindo o percentual de reincidência, na humanização do tratamento dos “loucos-infratores”, no rompimento de estigmas, conseqüentemente, na efetivação a Lei da Reforma Psiquiátrica e a Portaria do Ministério da Saúde nº 94, de janeiro de 2014.

CONCLUSÃO

Diante do panorama delineado, desde o fundamento das Medidas de Segurança até as discussões atinentes a Reforma Psiquiátrica com enfoque nas pessoas com sofrimento mental em conflito com a lei, é perceptível a relevância em que uma EAP pode ter para efetivar os preceitos da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, os paradigmas do PINASP, e a Portaria nº 94 de janeiro de 2014.

Embora as EAPs existam desde 2014, e até então apenas 11 sejam habilitadas no país, elas ganharam destaque no debate jurídico e psiquiátrico em 2020, quando Ministro da Saúde extinguiu o serviço, gerando uma mobilização de órgãos jurídicos e associações para o reestabelecimento do programa, logrando êxito nos pedidos em julho de 2020.

Na Bahia ainda não há nenhuma equipe habilitada junto ao Ministério da Saúde, embora existisse no Plano de Governo estadual a meta de se implementar duas EAPs até 2019. O HCT-BA de Salvador é responsável pela execução de todas as medidas de segurança do estado, e de todas as perícias médicas psiquiátricas referentes aos incidentes de sanidade mental. De forma que há no estabelecimento 135 indivíduos, sejam eles provisórios (29), para laudo (21), em medida de segurança (24) ou ainda na condição abandono familiar, jurídico e/ou social (25).

Diante do panorama estadual, a implementação de uma EAP impactaria tanto na qualidade do serviço prestado aos internos, por meio dos fortalecimentos dos vínculos familiares, quanto na possibilidade de oportunidades direcionadas aos egressos, através de projetos extramuros. Efetivando a garantia da dignidade dos indivíduos com projetos voltados para a regularização de documentos pessoais, o acesso a moradia digna – sejam as residências terapêuticas ou outro projeto habitacional-, a concessão de benefícios previdenciários para alcançar independência financeira e demais ações que possibilitem o afrouxamento das medidas de segurança com o movimento antimanicomial.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, Maria do Socorro Lucas; REIS, Alan dos Santos; SILVA, Lindiane de Fatima Mendes; SOUZA, Solange Silva. **Saúde Mental e Justiça: a experiência da Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei no Pará**. Retratos do SUS que deu certo nos quatro cantos do Brasil – Experiências premiadas nas amostras aqui tem SUS 2016. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF: OPAS; 2018.

BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. *In*: BASAGLIA, Franco. **A instituição negada – Relato de um hospital psiquiátrico**. Tradução de Heloisa Jahn. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001. p. 99-134.

BAHIA, SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DA. **Plano estadual de saúde 2016-2019**. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 40, supl. 3, out./dez. 2016, Salvador, 2016.

BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Regras de Mandela: Regra mínimas das nações unidas para o tratamento de presos – série tratados internacionais de direitos humanos**. Brasília, 2016. Disponível em: < <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/09/a9426e51735a4d0d8501f06a4ba8b4de.pdf> > Acesso em: 23 de mar. de 2021.

_____. MINISTERIO DA SAÚDE, COPRIS, SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Parecer Técnico N° 4/2019-COPRIS/CGGAP/DESF/SAPS/MS**. Brasília, 2019. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/ParecerTecnico_N_42019ExtincaoEAPs.pdf> Aceso em: 21 de março de 2020.

_____. MINISTERIO DA SAÚDE, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão organizadora da IV Conferência Nacional de saúde Mental – intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: < https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf > Acesso em: 24 fev. 2021.

_____. MINISTERIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, CONSELHO NACIONAL DE POLITICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA – **Resolução N° 4, de 18 de julho de 2014**. Aprova as Diretrizes Básicas Para a Atenção Integral Da Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília, 2014a. Disponível em: < <https://www.gov.br/depen/pt-br/composicao/cnpcp/resolucoes/2014> > Acesso em: 24 fev. 2021.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n° 1325, de 18 de maio de 2020**. Revoga o Capítulo III, do Anexo XVIII da Portaria de Consolidação n° 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata do "Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei", no âmbito da Política Nacional de Atenção às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília, 2020a. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1325_25_05_2020.html > Acesso em: 25 de mar. 2021.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n° 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), 2014b. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html> Acesso em: 25 fev. 2021.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n° 1754, de 14 de julho de 2020**. Revoga a Portaria n° 1.325/GM/MS, de 18 de maio de 2020. Brasília, 2020b. Disponível em: <

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.754-de-14-de-julho-de-2020-266804892>
Acesso em: 08 de abr. de 2021.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação nº 044, de 15 de junho de 2020.** Recomenda ao Ministério da Saúde a revogação da Portaria nº 1.325, de 18 de maio de 2020, que extingue o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei. Disponível em: <<http://www.susconecta.org.br/wp-content/uploads/2020/06/Reco044-Ao-Minist%C3%A9rio-da-Sa%C3%BAde-A-revoga%C3%A7%C3%A3o-da-Portaria-n%C2%BA-1.325-de-18-de-maio-de-2020-1.pdf>> Acesso em: 08 de abr. de 2021.

_____. CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Resolução nº26, 15 de junho de 2020.** Dispõe sobre a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, que extingue o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/RESOLUON26DE15DEJUNHODE2020.pdf>> Acesso em: 08 de abr. de 2021.

_____. INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS. **Benefício assistencial à pessoa com deficiência (BPC).** 2020c. Disponível em :< <https://www.gov.br/inss/pt-br/saiba-mais/beneficios-assistenciais/beneficio-assistencial-a-pessoa-com-deficiencia-bpc>> Acesso em: 13 de abr. de 2021.

_____. **Lei n 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 08 abr. 2018.

_____. Superior Tribunal de Justiça. **Habeas Corpus nº 208336 SP 2011/0125054-5,** Relator: Ministra LAURITA VAZ, Data de Julgamento: 20/03/2012, T5 - QUINTA TURMA, Data de Publicação: DJe 29/03/2012. Disponível em: <<https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/21607563/habeas-corpus-hc-208336-sp-2011-0125054-5-stj/inteiro-teor-21607564?ref=juris-tabs>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

_____. Superior Tribunal Federal. **Habeas Corpus nº 84219 SP,** Relator: Min. Marco Aurélio, Data de Julgamento: 24/04/2004, Data de Publicação: DJ 03/ 05/2004 PP-00011. Disponível em: <<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/14800654/habeas-corpus-hc-84219-sp-stf>>. Acesso em: 20 de fev. 2021

COLÉGIO NACIONAL DOS DEFENSORES PÚBLICOS GERAIS. **Nota técnica.** Nota Técnica sobre a publicação da Portaria GM/MS n. 1325, de 18 de maio de 2020, que revoga a Portaria GM/MS n. 95/2014 e as respectivas referências na Portaria de Consolidação n. 2/GM/MS, que extingue o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://anadep.org.br/wtksite/cms/conteudo/44561/Nota_Tecnica___EAP_vf_condege_assina_da_.pdf> Acesso em: 08 de abr. de 2021.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. ALMEIDA, Olivia Maria. **A luta antimanicomial continua! Problematizações sobre o manicômio judiciário na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira.** Brasília: Revista Insurgência. ano 3, v.3, n. 2, 2017.

CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial**. São Paulo: Saraiva, 2013a.

CARVALHO, Salo de. WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. A Punição do Sofrimento psíquico no Brasil: Reflexões sobre os impactos da reforma psiquiátrica no sistema de responsabilização penal. **Revista de Estudos Criminais**. Doutrina Nacional. v.11, n.48, p. 55-90, janeiro/março, 2013b. Disponível em: < https://patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2015/09/PM_Carvalho__Weigert_A_Punicao_do_Sofrimento_Psiquico_no_Brasil_REC_48_libre.pdf > Acesso em: 07 de abr. 2021.

DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: Censo 2011**. Brasília: Letras livres: UNB. 2013.

_____. BRITO, Luciana. “Eu não sou presa de juízo não”: Zefinha, a louca perigosa mais antiga do Brasil. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro. v.23, n.1, p. 113-129. jan – mar. 2016.

HEIDRICH, Andrea Valente; BERNDT, Dulce Pinheiro; DIAS, Miriam. **As Conferências Nacionais de Saúde Mental e o paradigma da desinstitucionalização**. Seminário Nacional de Serviço Social, trabalho e política social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis – SC – 27 a 29 de outubro de 2015.

LEBRE, Marcelo. Medidas de Segurança e a Periculosidade Criminal: Medo de quem? Belo Horizonte: **Responsabilidades**. v. 2, n. 2, p 273-282. set/2012 fev/2013.

OLIVEIRA, Rita Cristina Souza de. **Desconstruindo o manicômio – a experiência de desinstitucionalização no hospital de custódia e tratamento do estado da Bahia**. 2009. Dissertação. Orientadora: Profa. Inaiá Maria Moreira. (Pós-Graduação em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade Católica de Salvador, Salvador, Bahia. 2009.

PIAUI, GOVERNO DO ESTADO DO. **Uma porta, várias saídas: resgatando a cidadania. Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei**. Teresina – PI, 2017.

PERES, Maria Fernanda Tourinho. Manicômio Judiciário da Bahia: Da constituição a pré-reforma psiquiátrica. *In*: MOTA, André; MARINHO, Maria Gabriela Silva Martins da Cunha. **História da Psiquiatria: Ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica. vol. II**. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: UFABC, Universidade federal do ABC: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2012. p. 97-124.

PIRES, Joyce Finato; RESENDE, Laura Lemes de. **Um outro olhar sobre a loucura: A luta Antimanicomial no Brasil e a lei n 10.216/2001**. **Cad. Esc. Dir. Rel. Int. (uniBrasil)**. Curitiba-PR. v. 2, nº 25, p. 34-47. jul/dez 2016.

PRADO, Alessandra Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade e pacientes judiciários. São Paulo: **Revista Direito GV**. v. 13, n. 12, p. 628-652, mai/ago. 2017.

PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**. 7. ed. v.1. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura de. **Implantação das residências terapêuticas comemora 5 anos.** Salvador, 2011. Disponível em: <
<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/implantacao-das-residencias-terapeuticas-comemora-5-anos/>> Acesso em: 13 abr. 2021.

SANTOS, Alana Garcia; LIMA, Cristiane Araújo de; SANTOS, Elizabeth Silva; BASTOS, Jailza Ferreira; SILVA, Ledalane Gomes da; SILVEIRA, Helson Fretas da; JUNIOR, Howard Lopes Ribeiro. Perfil clínico dos pacientes com transtornos mentais internados em um hospital de custódia e tratamento – Bahia – Brasil. **Rev. Ciênc. Méd.**, Salvador, v.14, n.2, p.190-197, mai./ago. 2015.

SILVA, Tamara Veruska Souza; SILVA, Thayla Fernanda Souza e. **Poder judiciário e medidas de segurança aplicadas a pessoas com transtorno mental em conflito com a lei: experiências de uma equipe EAP.** Grupo de trabalho GT15: Discurso sobre a privação de liberdade e a prisão: Análise das maneiras de dizer/fazer as políticas públicas para condutas criminalizadas. III Seminário Internacional de Pesquisa em Prisão. Associação Nacional de Direitos Humanos, pesquisa e pós-graduação – ANDEPH. UFPE – Recife, 2017.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; BATISTA, Nilo; ALAGIA, Alejandro. SLOKAR, Alejandro. **Direito Penal Brasileiro: primeiro volume – Teoria Geral do Direito Penal.** 4. ed. 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: Revan, 2017.